

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Korzystając z prawa do wyboru osoby świadczącej usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025, do realizacji ww. usługi wskazuję:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Jednocześnie oświadczam, że ww. osoba wskazana na Asystenta:

- ✓ nie jest członkiem mojej rodziny¹, *
- ✓ nie jest moim opiekunem prawnym*
- ✓ nie zamieszkuje razem ze mną *
- ✓ nie pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym*
- ✓ jest przygotowana/y do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej*

Ponadto oświadczam, że akceptuję / nie akceptuję* ww. Asystenta świadczącego usługę wobec mnie/mojego dziecka z niepełnosprawnością*.

.....
(podpis Uczestnika Programu lub rodzica/opiekuna prawnego w przypadku dzieci)

*należy zaznaczyć właściwą odpowiedź

Pouczenie: Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.

¹ Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy: Wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

