



.....
Imię i Nazwisko

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ lub jej OPIEKUNA PRAWNEGO

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OSOBY
WSKAZANEJ DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Niniejszym oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego
- Pani/Pan

.....
Imię i nazwisko, numer telefonu OSOBY WSKAZANEJ DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA

**spełnia warunki określone w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
- edycja 2025**

oraz

NIE JEST CZŁONKIEM MOJEJ RODZINY W ROZUMIENIU WW. PROGRAMU,

który określa, iż

„na potrzeby realizacji Programu **za członków rodziny uczestnika uznaje się** 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”.

.....
Podpis
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ lub jej OPIEKUNA PRAWNEGO