

Oświadczenie uczestnika

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Ja niżej podpisany/a*,

(imię i nazwisko uczestnika Programu lub przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego /pełnomocnika)

zamieszkały/a*

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/a, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
4. Do realizacji usług asystencji wskazuję :

Imię i Nazwisko*

Numer telefonu*.....

Jednocześnie oświadczam, że:

- a) wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje wspólnie ze mną*;
- a) znam osobiście i akceptuję osobę wskazaną przeze mnie do pełnienia funkcji asystenta osobistego;
- b) wskazana osoba do pełnienia funkcji asystenta osobistego posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji;
- c) wskazana osoba nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej.

5. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu będzie dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

* 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, ojczyzma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.