……………….……………….., …………… 2025 r.

 *miejscowość, data*

…………………………………………….………

 *imię i nazwisko*

 *osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka*

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

 *adres zamieszkania*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” DLA JST – EDYCJA 2025

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na[[1]](#footnote-1):

* mojego osobistego asystenta,
* asystenta mojego podopiecznego……………………………………..………………….………..,

 *imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością*

* asystenta mojego dziecka:………………………………………………………………..…………,

*imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością*

Pana/Panią……………….……………………………………………………………………………………

 *imię i nazwisko asystenta*

dane kontaktowe wskazanego asystenta (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail): ………………………………………………………………………………………………….……………….

…………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem[[2]](#footnote-2),
* jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka[[3]](#footnote-3) usług asystencji osobistej,

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

………………………………………………………….

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

|  |
| --- |

1. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-3)