



Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
z dnia 03 grudnia 2024 r.

Piątnica Poduchowna, dnia

.....
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

.....
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025

Oświadczam, że:

☐ na asystenta wybieram

.....
(Imię i Nazwisko, adres zamieszkania, telefon,)

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyłą realizację usługi asystencji osobistej.

☐ nie wskazuję asystenta.

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego