



.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefonu

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego

Pani/Pan
imię i nazwisko

adres zamieszkania

nr telefonu osoby wskazanej

spełnia warunki wynikające z Programu dotyczącą realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

Ponadto oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 ¹.

.....
podpis osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego

¹ Zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 za członka rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych albo zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem programu.