Załącznik nr 1 do Regulaminu Realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

.....
Miejscowość i data

.....

.....

.....
(Dane Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ" – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Oświadczam, że:

☐ Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta: ……..……

Telefon:…….……..

E-mail:…….……..

W/w osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej
- spełnia warunki określone w pkt. IV. ust 4., na dowód czego przedstawiam następujące dokumenty: ……..……
  …….....
  ……...…..

☐Nie wybieram asystenta.

……
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu

Zadanie publiczne finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społeczne