



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
FUNDUSZU SOLIDARNOŚCIOWEGO**

.....
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
miejscowość i data

.....
adres zamieszkania, nr telefonu

OŚWIADCZENIE
dotyczące Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2025

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością Pani/
Pan....., numer telefonu.....
nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem
ze mną.

Za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów,
zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę
pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

Nie wskazuję asystenta.

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

W trakcie realizacji (godzin) usług asystencji osobistej nie będę miał/a świadczonych usług opiekuńczych
lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy
społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu
lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych.

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.-
Kodeks Karny (Dz. U. z 2024 r., poz. 17 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte w Oświadczeniach
są zgodne ze stanem faktycznym oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie
nieprawdziwych danych.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
Prawdziwość powyższych danych potwierdzam czytelnym podpisem.

.....
data oraz podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego