



Miejscowość....., dnia2025 r.

Imię i nazwisko uczestnika Programu

Adres zamieszkania

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

Oświadczam, że:

☐ **Wskazuję na asystenta:**

Panią/Pana* (imię i nazwisko):

Adres zamieszkania: Nr telefonu:

Jednocześnie oświadczam, że wyżej wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny/osoby na rzecz której usługi mają być świadczone* (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem),
- nie jest moim opiekunem prawnym/osoby na rzecz której usługi mają być świadczone*,
- nie zamieszkuje razem ze mną/osobą na rzecz której usługi mają być świadczone*.

Jestem świadoma/świadomy* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**.

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić

** Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.