



Miejscowość....., dnia2026 r.

Imię i nazwisko uczestnika Programu

Adres zamieszkania

**Oświadczenie uczestnika/opiekuna prawnego uczestnika* Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
o wyborze asystenta**

Oświadczam, że:

☐ **WSKAZUJĘ NA ASYSTENTA:**

Panią/Pana* (imię i nazwisko): Nr telefonu:

Jednocześnie oświadczam, że wyżej wskazana osoba:

- jest pełnoletnia,
- 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*,
- faktycznie nie zamieszkuje ze mną/osobą na rzecz której usługi mają być świadczone*,
- nie jest uczestnikiem programów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytnieniowej,
- jest przygotowana do świadczenia dla mnie/uczestnika Programu* usług asystencji osobistej.

☐ **NIE WSKAZUJĘ ASYSTENTA**, proszę o przydzielenie asystenta.

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

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu)

*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”.