

**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

**Oświadczenie**

dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi asystencji osobistej

Imię i nazwisko.....  
*Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego*

Adres zamieszkania.....

Telefon: .....

Ja niżej podpisany/a Uczestnik Programu „Asystent osobisty osoby z  
niepełnosprawnością”- dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026  
wskazuję:

Pana/Panią.....  
*Imię i nazwisko osoby wskazanej*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*PESEL* *nr. telefonu*

do świadczenia usługi asystencji osobistej.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Oświadczam, że osoba wskazana przygotowana jest do świadczenia usług asystencji osobistej.
2. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia usługi asystencji osobistej nie jest członkiem mojej rodziny<sup>1</sup>
3. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie wyraziła zgodę na podanie swoich danych osobowych.
4. Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej ani nie jest opiekunem prawnym uczestnika Programu.
5. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
*Data i podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego*

<sup>1</sup> 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, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem