



Włocławek, dnia.....

.....  
(Imię i nazwisko uczestnika Programu)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

## OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością:

Imię i nazwisko:: .....

Adres:.....

Telefon.....

E-mail.....

1) nie jest członkiem mojej rodziny<sup>1</sup>, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną;

2) jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej wobec mnie.

.....  
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

---

1 Na potrzeby Programu, za członków rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

