



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



**Oświadczenie uczestnika programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Ja niżej podpisana/ podpisany
zamieszkała/y

Do realizacji usług asystencji wskazuję:

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

- ☐ nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia),
- ☐ nie jest moim opiekunem prawnym,
- ☐ jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

Zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).

.....

Miejscowość, data

.....

podpis uczestnika programu/ opiekuna prawnego