



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Oświadczenie uczestnika programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Ja niżej podpisana/ podpisany
rodzic/ opiekun prawny¹

Do realizacji usług asystencji wskazuję:

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Jednocześnie oświadczam, że wskazana osoba:

- ☐ nie jest członkiem rodziny
(tj. wstępnym, zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonką,
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 jej/ jego opiekunem prawnym,
- ☐ nie jest osobą faktycznie z nią/ nim zamieszkującą,
- ☐ jest przygotowana do realizacji wobec niej/ niego 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 rodzica/ opiekuna prawnego

¹ Niepotrzebne skreślić