



.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/
uczestnika programu)

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU ASYSTENTA

Na mojego asystenta osobistego /lub osoby której jestem opiekunem prawnym w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 wskazuje:

Pana/Paniąnr pesel
zamieszkały/a
numer telefonu

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do świadczenia usług asystencji osobistej.

Oświadczam, że wskazany przeze mnie powyżej asystent nie jest członkiem mojej rodziny¹, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną, a także jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

Oświadczam, że w pełni akceptuję wskazaną przeze mnie osobę na asystenta.

Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem programów Ministra finansowanych z Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej.

Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 ze zm.) inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 17, pkt IV programu finansowane ze środków publicznych.

Zapoznałem/-am się z warunkami udziału w Programie.

Zostałem/-am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.

¹ 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

Jestem świadomy/-a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich. Jestem świadomy/-a, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej. Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, zgodnie z art. 233 § 1 kk.

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