



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

.....  
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....  
Adres zamieszkania

.....  
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

## OŚWIADCZENIE

dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024

Oświadczam, że:

na asystenta wybieram

.....  
(Imię i Nazwisko Asystenta)

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny oraz nie jest opiekunem prawnym.
2. Oświadczam, że akceptuję osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji asystenta osobistego znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

nie wskazuję asystenta.

.....  
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

**Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2024 jest finansowany w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego**