

Pszczyna, dnia

.....
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

Oświadczenie uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 dotyczące wskazanego asystenta

Oświadczam, iż wskazana przeze mnie osoba w dziale III ust. 4 Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, która będzie świadczyć usługi asystencji osobistej:

- nie jest członkiem mojej rodziny zgodnie z zapisami 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, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;
- nie jest moim opiekunem prawnym;
- nie zamieszkuje razem ze mną;

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego uczestnika
Programu