.................................................................. ………………………

(imię i nazwisko Uczestnika Programu) (miejscowość, data)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

**DOTYCZĄCE WYBORU OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ ASYSTENCJI OSOBISTEJ**

Korzystając z możliwości wskazania osoby świadczącej usługi asystencji osobistej w ramach

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025, do realizacji ww. usługi wskazuję:

**Imię i Nazwisko** …………………………………………………………………..

**Adres zamieszkania** ……………………………………………………………

Jednocześnie oświadczam, że ww. osoba wskazana na Asystenta:

1. nie jest członkiem mojej rodziny¹ **\***
2. nie jest moim opiekunem prawnym **\***
3. nie zamieszkuje razem ze mną **\***

nie pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym **\***

1. jest przygotowana/y do realizacji wobec mojej osoby/mojego dziecka usługi asystencji osobistej **\***

Ponadto oświadczam, że akceptuję / nie akceptuję **\*** ww. Asystenta świadczącego

usługę wobec mnie/mojego dziecka z niepełnosprawnością **\***.

………………………………………………………….

(Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

**\*należy zaznaczyć właściwą odpowiedź**

**Pouczenie: Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.**

¹ Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy: 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.