



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

Zadanie publiczne jest współfinansowane za środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra.

Złotoryja, dnia .....

.....  
(Imię i nazwisko asystenta)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PESEL)

.....  
(numer telefonu / adres e-mail)

## OŚWIADCZENIE ASYSTENTA PROGRAMU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę świadczyć usługi asystencji osobistej u uczestników programu, którzy mnie wskazali.
4. Oświadczam, że uczestnicy Programu u których będę świadczył/a usługi asystencji osobistej nie są członkami mojej rodziny, nie jestem ich opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z odbiorcami Programu (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem)
5. Posiadam / nie posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji o którym mowa w pozycji IV, pkt 4, ust. 4 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
6. Posiadam / nie posiadam udokumentowane co najmniej 6 miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami.

.....  
(data i czytelny podpis asystenta)

- Niepotrzebne skreślić