

Mrągowo, dnia .....

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o usługi asystencji osobistej

.....

Adres zamieszkania .....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego .....

Nr tel. ....

### O Ś W I A D C Z E N I E

**w sprawie wskazania asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością  
do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –  
edycja 2024**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

**Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba:**

- a/ nie jest członkiem mojej rodziny,
- b/ nie jest moim opiekunem prawnym,
- c/ nie zamieszkuje razem ze mną.

**Zostałem/łam poinformowany/na, że:**

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.:

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis UP/opiekuna prawnego