……
(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE ASYSTENTA

Imię i nazwisko ……..……..

PESEL ……..……..……

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem/nie jestem* członkiem rodziny[1], opiekunem prawnym lub zamieszkującym wraz z uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, tj. z

Panią/Panem

Imię i nazwisko …….…….

PESEL ……..,

której/któremu świadczyć będę usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…….

Podpis asystenta

---

* niepotrzebne skreślić

[1] Na potrzeby realizacji 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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.