

Choszczno, .....

.....  
(imię i nazwisko uczestnika/czki programu/opiekuna prawnego)

.....  
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2025**

Oświadczam, że wskazuję do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością:

Pana/Panią

.....  
(imię i nazwisko kandydata na asystenta)

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

Jednocześnie oświadczam, że wyżej wskazany kandydat na asystenta:

- nie jest członkiem mojej rodziny<sup>1</sup>,
- nie jest moim opiekunem prawnym,

---

<sup>1</sup> 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, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

- nie zamieszkuje razem ze mną/ osobą na rzecz której usługi mają być świadczone,
- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ osoby na rzecz której usługi mają być świadczone usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością,

.....  
(podpis uczestnika/czki Programu/opiekuna prawnego)