Łyse, dnia …………………………………………………

…………………………………………………………………………………..

 uczestnik Programu/ opiekun prawny

………………………………………………………………………………….

 Adres zamieszkania

**Oświadczenie**

**uczestnika Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie w karcie zgłoszenia do Programu osoba do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością Pan/ Pani

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

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

(Imię i nazwisko, adres zamieszkania , nr telefonu)

* nie jest członkiem rodziny uczestnika Programu,
* nie jest opiekunem prawnym uczestnika Programu,
* nie jest osobą faktycznie zamieszkującą z uczestnikiem Programu,

**Jednocześnie oświadczam, że osoba wskazana do pełnienia roli asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością jest przygotowana do realizacji usług asystencji osobistej.**