



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego
Chojnice, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA
JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026**

Oświadczam, że:

☐ Wskazuję osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko asystenta:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon:.....

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny (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), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osoba faktycznie zamieszkująca razem ze mną,
- posiada/nie posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK fizjoterapeuta lub posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami,
- jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej i gwarantuje należyte wykonywanie tej funkcji.

☐ Nie wskazuję osoby do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego

Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 17 Programu, finansowane z e środków Publicznych. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 Kodeksu karnego).

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu