



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

Ja, będący rodzicem/opiekunem
prawnym małoletniej/małoletniego, niniejszym
oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
do realizacji usług asystenckich względem mojego dziecka/podopiecznego.

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