



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



.....  
Imię i Nazwisko

Miejscowość, data .....

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie korzystam ze wsparcia asystenta z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025 w innej instytucji. O każdej zmianie zobowiązuję się poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Białej.

.....  
Podpis osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego

<sup>1</sup> Zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025 przez członka rodziny należy rozumieć wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem programu: rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem programu.