



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



.....  
Imię i Nazwisko

Miejscowość, data .....

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu

## OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

Pani/Pan .....  
Imię i Nazwisko, adres zamieszkania

.....  
spełnia warunki wynikające z programu dotyczącej realizacji usług asystencji osobistej.

Ponadto oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025 <sup>1</sup>.

.....  
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, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem programu: rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyzna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem programu.