

Żarów, dnia .....

Imię i Nazwisko: .....

Adres: .....

### OŚWIADCZENIE

#### dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026

Oświadczam, że:

☐ na asystenta wybieram

.....  
(Imię i Nazwisko, telefon)

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
2. Oświadczam, że osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji asystenta osobistego znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.
3. Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent posiada przygotowanie do świadczenia usług asystencji osobistej.

☐ nie wskazuję asystenta.

### POUCZENIE

1. Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby niebędące członkami rodziny .
2. 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.
3. W pierwszej kolejności, asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego. Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, asystenta wskazuje gmina/powiat lub inny podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację Programu.
4. W przypadku gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2024 poz. 560), a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

.....

Podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego

-----