

Załącznik Nr 2 do Regulaminu Realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w Powiecie Myśliborskim

.....
Imię i nazwisko
(uczestnika lub opiekuna prawnego)

Myślibórz,
(data)

OŚWIADCZENIE
uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 dotyczące wskazania asystenta osobistego

Ja niżej podpisany/a:

☐ **Wskazuję asystenta**

Imię i nazwisko asystenta:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która ubiega się o usługi asystenckie oraz spełnia wymogi określone w §7 pkt. 3 Regulaminu.

☐ **Nie wskazuję asystenta**

Jestem świadomy/a, 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), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

.....
Podpis uczestnika lub opiekuna prawnego