

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA - DOROŚLI/DZIECI

Ja,

uczestnik Programu/ opiekun prawny/ opiekun faktyczny wskazuję

Panią/Pana.....

tel:

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Oświadczam, że wskazany przez mnie asystent zgodnie z Programem:

- ☐ **nie jest dla osoby z niepełnosprawnością opiekunem prawnym, członkiem rodziny*, nie pozostaje z nią na wspólnym gospodarstwie domowym i wspólnie z nią nie zamieszkuje,**
- ☐ **ma odpowiednią wiedzę i jest przygotowany do realizacji usług asystenckich.**

**Za członków rodziny uznać należy: wstępnych, zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę ojczyma, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.*

Akceptuję wybór w/w asystenta i poświadczam jego przygotowanie do świadczenia usług asystencji osobistej.

Miejscowość, data

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