



**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025 realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Lubin, dnia

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja Pan/Pani*

oświadczam, że:

- 1) ☐ **Wskazuję asystenta**, który nie jest członkiem mojej rodziny**, opiekunem prawnym
lub osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną.

DANE ASYSTENTA:

Imię i nazwisko asystenta:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Wykształcenie:

- 2) ☐ **Nie wskazuję asystenta.**

.....
czytelny podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić

** Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub 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.

