

.....
.....
.....

imię i nazwisko adres

Oświadczenie

asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- nie jestem członkiem rodziny (wstępnym lub zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, teściem/teściową, zięciem, synową, macochą, ojczymem, osoba pozostającym we wspólnym pożyciu, osoba pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem),
- nie jestem opiekunem prawnym,
- nie zamieszkuję razem z Panią/ Panem

Imię i nazwisko:

Adres:

której/któremu świadczyć będę usługi Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnością.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

....., dnia..... 2026 r.
miejscowość

.....
Czytelny podpis Asystenta