



**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY/UCZESTNIKA PROGRAMU/OPIEKUNA
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026**

I. Oświadczenie Wnioskodawcy/Uczestnika Programu

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko Wnioskodawcy/Uczestnika Programu lub Opiekuna)

zamieszkały/a

ustanowiony przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym /pełnomocnikiem (jeśli dotyczy):

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy/Uczestnika Programu – osoby z niepełnosprawnością)

zamieszkały/a

na podstawie:.....

.....
(jeśli dotyczy wypełnić na jakiej podstawie przyznane uprawnienie, np.: postanowieniem Sądu nr., pełnomocnictwem nadanym przez Notariusza, nr.. z dnia..)

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Do realizacji usług asystencji wskazuję :

.....
(imię i nazwisko wskazanego Asystenta, numer telefonu)

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje wspólnie ze mną.
2. Akceptuję osobę wskazaną przeze mnie do pełnienia funkcji asystenta osobistego.
3. **Wskazana osoba do pełnienia funkcji asystenta osobistego jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.**
4. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej 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. 1214 z zm.) inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdz. IV ust. 10 Programu, finansowane ze środków publicznych.



5. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu jest obowiązany dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Zostałem/łam pouczone/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).

.....
(Data i podpis Wnioskodawcy/Uczestnika
Programu/Opiekuna)

II. Oświadczenie kandydata na asystenta

Ja niżej podpisana
zamieszkała

oświadczam, że wyrażam zgodę na pełnienie funkcji asystenta osobistego Pana/Pani

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy/Uczestnika Programu – osoby niepełnosprawnej)

.....
(Data i podpis kandydata na asystenta)

Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby:

1. Pełnoletnie, niebędące członkami rodziny¹ uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem.
2. Spełniające jedną z poniższych przesłanek:
 - a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub za zgodą Realizatora w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym **lub**;
 - b) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu **lub**
 - c) wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, przygotowane do świadczenia usług na podstawie oświadczenia uczestnika lub jego opiekuna prawnego.

¹ 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.