



.....  
( miejscowość, dnia )

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/podpisany\* .....

zamieszkała/zamieszkały\* .....

zobowiązuję się do:

- poinformowania Realizatora Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2025 niezwłocznie, nie później niż w dniu zaistnienia zmiany, o każdej zmianie mającej wpływ na spełnianie kryteriów uczestnictwa w powyżej wskazanym Programu, w szczególności np. utracie statusu osoby z niepełnosprawnością, zmianie stopnia niepełnosprawności, korzystaniu w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej dotyczących usług asystencji osobistej.
- zwrotu środków wypłaconych przez realizatora Programu asystentowi za usługi zrealizowane uczestnikowi Programu w okresie lub ilości nie mieszczącej się w kryteriach uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2025 wraz z odsetkami ustawowymi.

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

\*Niepotrzebne skreślić

