

.....
(miejscowość, dnia)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisana/podpisany*

zamieszkała/zamieszkały*

zobowiązuję się do:

- poinformowania Realizatora Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026 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 2026 wraz z odsetkami ustawowymi.

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

*Niepotrzebne skreślić

