

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU O WYBORZE ASYSTENTA

Ja, niżej podpisana/podpisany*

zamieszkała/zamieszkały*

niniejszym oświadczam, na potrzeby Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2026, iż:

☐ wskazuję, jako osoba z niepełnosprawnością, na mojego asystenta Panią/Pana*

.....
zamieszkałą/zamieszkałego*

.....
tel.,

wskazana przeze mnie ww. osoba nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026 (Dział IV, ust. 6),

wskazana przeze mnie ww. osoba nie pozostaje ze mną we wspólnym pożyciu w rozumieniu Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026 (Dział IV, ust. 6),

wskazana przeze mnie ww. osoba nie pozostaje ze mną w stosunku przysposobienia w rozumieniu Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026 (Dział IV, ust. 6).

Jednocześnie akceptuję wyżej wskazaną osobę jako asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla mojego dziecka.

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego małoletniego

☐ nie wskazuję asystenta

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego poinformowania Realizatora Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2026 w przypadku zaistnienia jakiegokolwiek zmiany w zakresie któregośkolwiek z powyższych punktów niniejszego oświadczenia, nie później niż w dniu zaistnienia zmiany (decyduje data pokwitowania odbioru przez Realizatora pisemnej informacji o zmianie któregośkolwiek z punktów niniejszego oświadczenia).

Jestem świadomy/a, że usługi asystencji osobistej są realizowane zgodnie z Kartą zakresu czynności, zgodną z załącznikiem Nr 2 do programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2025 oraz że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 901), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 7, finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

.....
miejscowość, data

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

* niepotrzebne skreślić



Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki w Szczecinie
70-450 Szczecin, ul. Wielkopolska 32/U1, tel. 508 999 404, email: twkszczecin@gmail.com