



Oświadczenie uczestnika
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

I. Oświadczenie uczestnika Programu

Ja niżej podpisany/a*,
(imię i nazwisko uczestnika Programu lub przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego /pełnomocnika)

zamieszkały/a*

ustanowiony przedstawicielem ustawowym*/opiekunem prawnym */ pełnomocnikiem*(o ile dotyczy):

.....
(imię i nazwisko niepełnosprawnego uczestnika Programu)

zamieszkał/ej/ego/(o ile dotyczy):.....
(ulica, nr budynku/lokalu, miasto i kod pocztowy)

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
4. Do realizacji usług asystencji wskazuję :

Imię i Nazwisko*

Numer telefonu*.....



Jednocześnie oświadczam, że:

- a) wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje wspólnie ze mną**;
 - a) znam osobiście i akceptuję osobę wskazaną przeze mnie do pełnienia funkcji asystenta osobistego;
 - b) wskazana osoba do pełnienia funkcji asystenta osobistego posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji;
 - c) spełnia warunki, o których mowa w rozdz. IV ust. 4 pkt 1 lub 2 lub 3 Programu. ***
5. 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 (t.j. Dz.U. z 2025 poz. 1214 ze zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdz. IV ust. 17 Programu, finansowane ze środków publicznych.
6. Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

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

Miejscowość.....,data.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

II. Oświadczenie kandydata na asystenta

Ja niżej podpisany/a*
zamieszkały/a*
oświadczam, że wyrażam zgodę na pełnienie funkcji asystenta osobistego. ****

Miejscowość.....,data.....
(Podpis kandydata na asystenta)



* Pole obowiązkowe

** Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz 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.

*** Usługi asystencji osobistej mogą świadczyć osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem, oraz

1) w przypadku wskazania przez realizatora Programu:

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 Programu, 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, oraz

2) w przypadku wskazania przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej albo ubezwłasnowolnionej całkowicie) w Karcie zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu:

a) przygotowane do świadczenia usług asystencji osobistej na podstawie oświadczenia uczestnika lub jego opiekuna prawnego.
