

.....
imię i nazwisko Uczestnika Programu

Bartoszyce, dn.

ul.

11-200 Bartoszyce

OŚWIADCZENIE
Uczestnika Programu dotyczące wskazania asystenta osobistego
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

☐ **wskazuję na asystenta:**
imię i nazwisko asystenta

numer telefonu do kontaktu:

adres zamieszkania:

Oświadczam, że wskazana przeze mnie powyżej osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny,
- nie jest moim opiekunem prawnym,
- nie zamieszkuje i nie prowadzi ze mną wspólnego gospodarstwa domowego,
- posiada odpowiednią wiedzę, umiejętności i przygotowanie do realizacji usługi, jak również gwarantuje należyte wykonywanie powierzonych jej zadań.

Wskazana przeze mnie osoba poza pełnieniem na moją rzecz funkcji Asystenta:

- pracuje zawodowo, w dniach i godzinach:

.....

- nie pracuje zawodowo (jest osobą niepracującą):

.....

☐ **proszę o wskazanie asystenta przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**
w Bartoszycach.

.....
czytelny podpis Uczestnika Programu