



**Karta zgłoszenia asystenta
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

W związku z ubieganiem się o usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, wskazuję osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego wobec mnie/wobec mojego dziecka*

II. Dane asystenta osobistego:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:.....

Stopień pokrewieństwa z uczestnikiem Programu:

Oświadczam, że wskazany asystent:

- a) nie jest moim opiekunem prawnym/mojego dziecka*.
- b) nie zamieszkuje wspólnie ze mną.
- c) nie jest członkiem mojej rodziny, gdzie 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, ojcyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

Oświadczam, że zostałem/łam zapoznany/a z Regulaminem realizacji usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością przez Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Strzyżowie.

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Miejscowość....., dnia.....
.....
(czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić