

Goczałkowice-Zdrój, dnia .....

.....  
Imię i Nazwisko:

.....  
Adres:

## OŚWIADCZENIE

**dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027**

Oświadczam, że:

☐ na asystenta wybieram

.....  
(Imię i Nazwisko, telefon)

☐ nie wskazuję asystenta.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z poniższymi zapisami Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027:

1. Usługi asystencji osobistej mogą być świadczone przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika, kuratorami uczestnika, osobami sprawującymi rodzinną pieczę zastępczą nad uczestnikiem (rodzice zastępczy, osoby prowadzące rodzinne domy dziecka) albo osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem  
2. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się:

1) matkę, ojca, babkę, dziadka, prababkę, pradziadka, córkę, syna, wnuczkę, wnuka, prawnuczkę, prawnuka, siostrę, brata, przyrodnią siostrę, przyrodniego brata, ciotkę (siostrę matki uczestnika oraz siostrę ojca uczestnika), wujka (brata matki uczestnika oraz brata ojca uczestnika), siostrzenicę, siostrzeńca, bratanicę, bratanka, kuzynkę (córkę rodzeństwa rodziców uczestnika), kuzyna (syna rodzeństwa rodziców uczestnika), zięcia, synową, małżonków wnuków, małżonków rodzeństwa, macochę, ojczyma;

2) żonę/męża uczestnika;

3) powinowatych członków rodziny małżonka uczestnika oraz członków rodziny osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem, tj.: matkę, ojca, babkę, dziadka, prababkę, pradziadka, córkę, syna, wnuczkę, wnuka, prawnuczkę, prawnuka, siostrę, brata, przyrodnią siostrę, przyrodniego brata, ciotkę (siostrę matki małżonka uczestnika oraz siostrę ojca małżonka uczestnika/siostrę matki osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem oraz siostrę ojca osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem), wujka (brata matki małżonka uczestnika oraz brata ojca małżonka uczestnika/brata matki osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem oraz brata ojca osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem), siostrzenicę, siostrzeńca, bratanicę, bratanka, kuzyna, kuzynkę, zięcia, synową, małżonków wnuków, małżonków rodzeństwa, macochę, ojczyma.  
Powinowactwo trwa mimo ustania małżeństwa;

4) osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z uczestnikiem;

5) osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

3. Asystentem nie może być osoba będąca uczestnikiem programów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwanego dalej „Ministrem”, finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej lub opieki wychowawczej.

.....  
Podpis uczestnika Programu