Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Inowrocław, dnia ….....

OŚWIADCZENIE

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

Ja niżej podpisany/podpisana

…….,

zamieszkały/a

……..……...……...…….

Oświadczam, że:

☐ na asystenta wskazuję

……..……
(Imię i Nazwisko, telefon)

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością nie jest członkiem mojej rodziny zgodnie z Działem IV pkt. 5 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.
2. Oświadczam, że osobiście znam osobę wskazaną przeze mnie do pełnienia funkcji asystenta osobistego, która posiada odpowiednią wiedzę i doświadczenie oraz gwarantuje prawidłowe wykonywanie powierzonych jej obowiązków.
3. Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk) „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8"**.**

……..……
(Data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)