



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
Finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Cewice, dnia

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026

I. Ja niżej podpisany, oświadczam co następuje:

1. Zapoznałem/am się z warunkami Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026.
2. Zostałem/am poinformowany/a,
 - a) o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego,
 - b) prawach i obowiązkach udziału w Programie
3. Jestem świadomy/a, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.
4. Jestem świadomy/a że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich w miejscu ich realizacji.
5. Zobowiązuje się poinformować o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta w ramach Programu lub na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 roku z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia, w którym zmiana nastąpiła (rozdział IV ust. 27 Programu)
6. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków Funduszu solidarnościowego, nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej w tym:
 - a) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, z późn. zm.),
 - b) inne usługi finansowe w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych- lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w rozdziale IV ust. 17 Programu, finansowane ze środków publicznych.



II. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, na podstawie rozdziału IV pkt. 6 z uwzględnieniem postanowień ust. 4 pkt 2 lit. a, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego dla:.....

.....
(Imię i nazwisko asystenta)

.....
(adres zamieszkania oraz telefon)

Wnoszę o realizację usług asystenta na poziomie godzin rocznie.

1. Ponadto oświadczam, że wskazany w Karcie zgłoszenia do Programu kandydat na mojego asystenta/ asystenta mojego dziecka*
 - jest osobą pełnoletnią,
 - nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym/ opiekunem prawnym mojego dziecka* oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem*.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, ojczyrna, oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.**
 - w okresie co najmniej 6-ciu miesięcy udzielał/nie udzielał* mi/ mojemu dziecku* bezpośredniej pomocy w formie wolontariatu / jako asystent osobisty/ odpłatnie*
2. Oświadczam, że w/w osoba wskazana na asystenta jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej wobec mojej osoby/ mojego podopiecznego.

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

Art. 233 kk - § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8.

- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karna grożąca jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

.....
(czytelny podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika)