

Trzcianne, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego/rodzica\*)

.....  
(Imię i Nazwisko uczestnika/dziecka niep. \*)

.....

.....  
(adres)

## DEKLARACJA

**do wskazania osoby mającej świadczyć usługi  
w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2025**

Ja, ..... Uczestnik Programu/  
opiekun prawny uczestnika\* wskazuje Panią/Pan

.....zam.

.....  
jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu. (*Jednocześnie  
akceptuję wybór ww. Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej dla mojego dziecka*)\*.

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej.

.....  
(podpis czytelny uczestnika/opiekuna  
prawnego/rodzica\*)

\*niepotrzebne skreślić

Trzciannie, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
.....  
(adres)

### Oświadczenie

Oświadczam, że wskazany Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej  
Pani/Pan ..... nie zamieszkuje razem z uczestnikiem Programu.

.....  
(podpis czytelny)

Trzciannie, dnia .....

**Oświadczenie  
Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego**

Ja, ..... Uczestnik Programu/  
opiekun prawny uczestnika oświadczam, że Pani/Pan

.....  
zam.....

...nie\* jest członkiem mojej rodziny / rodziny uczestnika programu w rozumieniu pkt IV, ust.5 Programu.

*(Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).*

.....  
*(podpis czytelny)*

\*niepotrzebne skreślić

Trzcianne, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
.....  
(adres)

### **Oświadczenie**

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Trzciannem nie będę korzystał z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tj Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm. ), innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o którym mowa w pkt IV, ust. 10 i 15 Programu „Asystent osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanych ze środków publicznych.

.....  
(podpis czytelny)

Trzciannie, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
.....  
(adres)

### Oświadczenie

Ja, ..... Uczestnik Programu/ opiekun  
prawny uczestnika\* oświadczam, że :

- 1. Jestem osobą niepełnosprawną , samotnie gospodarującą , nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich
- 2. Jestem osobą niepełnosprawną , wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

.....  
(podpis czytelny)

\*niepotrzebne skreślić