

Załącznik nr 4

do Regulaminu przyjmowania zgłoszeń oraz
uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2025

Kraków,

.....
(imię i nazwisko uczestnika/czki programu/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2025**

Oświadczam, że wskazuję do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby
z niepełnosprawnością:

Pana/Panią

.....
(imię i nazwisko kandydata na asystenta)

.....

.....

.....(adres
zamieszkania/numer telefonu/e-mail)

Jednocześnie oświadczam, że wyżej wskazany kandydat na asystenta:

- nie jest członkiem mojej rodziny¹,
- nie jest moim opiekunem prawnym,

¹ 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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

- nie zamieszkuje razem ze mną/ osobą na rzecz której usługi mają być świadczone,
- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ osoby na rzecz której usługi mają być świadczone usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością,

.....
(podpis uczestnika/czki Programu/opiekuna prawnego)