

**Dot. wskazania asystenta
do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

DANE UCZESTNIKA PROGRAMU

Włodawa, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres zamieszkania)

W związku ze zgłoszeniem do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz wskazaniem na asystenta

Pani/ Pana:
(imię i nazwisko)

Dane kontaktowe do asystenta:
(nr telefonu)

Oświadczam, że wskazana osoba (zaznaczyć właściwe):

- nie jest członkiem mojej rodziny, moim opiekunem prawnym, ani osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną;
- wyraziła zgodę na pełnienie roli asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

POUCZENIE

Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: 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 od 6 miesięcy do lat 8.

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

WAŻNE!

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.

INFORMACJE DODATKOWE

W pierwszej kolejności, asystentem może zostać osoba wskazana przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie). Jeżeli asystent nie zostanie wskazany przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, asystenta wskazuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Włodawie – realizator zadania.