# Oświadczenie uczestnika Programu

Oświadczam, że:

1. wskazuję Pana/Panią. …………………………………………………………………………..… jako mojego asystenta

osobistego osoby z niepełnosprawnością, o którym mowa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

1. wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – nie zamieszkuje ze mną faktycznie, nie jest członkiem mojej rodziny, ani moim opiekunem prawnym.

…………….……………………..………..…

podpis uczestnika programu/opiekuna prawnego

# Oświadczenie osoby wskazanej



Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie wobec Pana/Pani ……….………………………………………………………………… usług asystenta osobistego osoby z

niepełnosprawnością – zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

…………….……………………..………..…

podpis osoby wskazanej

*Zadanie jest realizowane przez Gminę Mysłakowice i jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026*