

.....
(miejsowość i data)

.....
imię i nazwisko Kandydata na Uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

Oświadczenie Kandydata na Uczestnika Programu o wskazaniu osoby Asystenta

Ja niżej podpisana/y w związku z ubieganiem się o kwalifikację do Programu Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Organizacji Pozarządowych” – edycja 2025, wskazuję Panią / Pana:

.....
zam.

tel.

na mojego asystenta.

Oświadczam, iż proponowana osoba nie jest moim opiekunem prawnym ani nie jest moim członkiem rodziny* .

Dane powyższe podałem / am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(podpis osoby lub opiekuna prawnego)

* za członka rodziny należy uznać wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem (zgodnie z zapisem rozdz. IV pkt. 6 Programu Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych– edycja 2025



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH – EDYCJA 2025