



Lubawa, dnia.....

Oświadczenie
Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023
o wskazaniu kandydata na asystenta i jego przygotowaniu do realizacji usługi

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko.....
Zamieszkały/a.....
Telefon.....

Pouczony/ a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny- za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co następuje:

1. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023 realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego dla mnie/mojego dziecka

.....

Imię i nazwisko.....
Zamieszkały.....
Telefon.....

2. Wnoszę o realizację usług asystenckich w wymiarzegodzin

3. Oświadczam, że wskazana przez mnie osoba jest przygotowana do realizacji wobec mnie/ mojego dziecka usług asystencji osobistej zgodnie z rozdział IV pkt. 3 i 6 Programu u Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023.

4. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem rodziny, którymi zgodnie z wytycznymi Ministerstwa są wstępni lub zstępni, małżonek, rodzeństwo, teściowie, macocha, ojczym oraz inne osoby pozostające we wspólnym pożyciu, a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia z uczestnikiem oraz nie jest opiekunem prawnym lub osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną.

5. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

.....
(data i podpis przyjmującego oświadczenie)