



Załącznik nr 5 do Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2024 w Gminie Wiejskiej Lubawa realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

Fijewo, dnia.....

**Oświadczenie**  
**Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 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 z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 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 wymiarze .....godzin

**3.** Oświadczam, że wskazana przez mnie osoba jest przygotowana do realizacji wobec mnie/ mojego dziecka usług asystencji osobistej zgodnie z Programem Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

**4.** Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem rodziny, którymi zgodnie z wytycznymi Ministerstwa są wstępni lub zstępni, małżonek, rodzeństwo, teściowie, zięć, synowa, 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)