

Oświadczenie Uczestnika Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

I. Wskazanie osoby asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wskazuję:

Imię i nazwisko kandydata na asystenta:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

☐ Wskazana osoba jest kompetentna do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej;

☐ Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny i nie zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym *

* Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się jego wstępnych (tj. rodziców, dziadków, pradziadków), zstępnych (tj. dzieci, wnuki, prawnuki), krewnych w linii bocznej (tj. brata, siostrę, kuzynów, ciotki, wujków, bratanków, siostrzenic), małżonka, wstępnych małżonka (tj. rodziców, dziadków, pradziadków), zstępnych małżonka (dzieci, wnuki, prawnuki), krewnych w linii bocznej małżonka (brata, siostrę, kuzynów, ciotki, wujków, bratanków, siostrzenic), zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osoby pozostające we wspólnym pożyciu lub stosunku przysposobienia z Uczestnikiem.

W przypadku, gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, wymagane jest także:

- zaświadczenie o niekaralności;
- informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;
- pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.

Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

II. Oświadczenie

Zobowiązuję się także poinformować MOPS w Cieszynie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystencji osobistej lub na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 roku z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

Cieszyn, dnia

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)