Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

Ja, ……..

uczestnik Programu/ opiekun prawny wskazuję

Panią/Pana……..

tel: ……, e-mail: ……

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usług asystenckich w ramach **Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**.

Oświadczam, że wskazany przez mnie asystent zgodnie z Programem:

- ***nie jest dla osoby z niepełnosprawnością opiekunem prawnym, członkiem rodziny*, nie pozostaje z nią na wspólnym gospodarstwie domowym i wspólnie z nią nie zamieszkuje,***
- ***ma odpowiednią wiedzę i jest przygotowany do realizacji usług asystenckich.***

**Za członków rodziny uznać należy: wstępnych, zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę ojczyma, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.*

Akceptuję wybór w/w asystenta i poświadczam jego przygotowanie do świadczenia usług asystencji osobistej.

Branice, dnia .....

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego