

....., dnia.....

.....

imię i nazwisko uczestnika Programu

.....

adres zamieszkania

.....

imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....

telefon kontaktowy

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

#### „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH– EDYCJA 2026

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej
4. **Do realizacji usług asystencji wskazuję Pana/Panią**

.....

Imię i nazwisko

.....

Dane kontaktowe wskazanego asystenta: adres zamieszkania/nr telefonu/adres e-mail

Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba (zaznaczyć właściwe):

- ☐ nie jest członkiem mojej rodziny (tj. wstępnym, zstępnym, małżonkiem, rodzeństwem, zięcią, teściów, synową, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą ze mną w stosunku przysposobienia z uczestnikiem;
- ☐ Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie zamieszkuje razem ze mną/z uczestnikiem Programu.
- ☐ **Nie wskazuję asystenta.**

Oświadczam, również że (zaznaczyć właściwe):

☐ korzystam z usług asystencji realizowanych przez inny podmiot w wymiarze średnio ..... godzin miesięcznie,

- ☐ nie korzystam z usług asystencji realizowanych przez inny podmiot.
- ☐ Oświadczam, że zapoznałem się i zaakceptowałem regulamin programu.

Oświadczam również, że w tych samych godzinach, w których świadczone będą usługi asystencji osobistej w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026, realizowanego przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji „FAR”, nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej ( Dz.U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), a także usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi analogiczne finansowane z innych źródeł. Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Realizatora Programu tj. Fundację Aktywnej Rehabilitacji „FAR”, o zaistnieniu zmian dotyczących ww. sytuacji.

Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).

.....  
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego