



**Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usługi asystencji osobistej w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

Ja niżej podpisany oświadczam, że wskazuję osobę pełnoletnią, niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością tzn. **nie jest:**

- wstępnym oraz zstępnym,
- krewnym w linii bocznej,
- małżonkiem,
- wstępnym oraz zstępnym małżonka,
- krewnym w linii bocznej małżonka,
- zięciem,
- synową,
- macochą,
- ojczymem,
- osobą pozostającą we wspólnym pożyciu,
- osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością,

oraz nie jest opiekunem prawnym osoby z niepełnosprawnością, ani osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością i nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej, która będzie świadczyła usługi asystencji osobistej?

Tak  / Nie

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:

.....

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

Miejscowość ....., data .....

.....

Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

**Kodeks karny- art. 233 § 1**

*„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.”*