

**OŚWIADCZENIE DLA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026

DANE ASYSTENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon:

**1. OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ RODZINNYCH I WSPÓLNEGO
GOSPODARSTWA**

Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny uczestnika Programu, nie zamieszkuję z nim wspólnie oraz nie prowadzę wspólnego gospodarstwa domowego. Oświadczam, że nie pozostaję z uczestnikiem w relacji mogącej powodować konflikt interesów.

Data i podpis

2. OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących uczestnika Programu, w szczególności danych osobowych, informacji o stanie zdrowia oraz sytuacji rodzinnej. Zobowiązanie obowiązuje również po zakończeniu współpracy.

Data i podpis asystenta:

3. OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem realizacji Programu AOODN 2026 w Gminie Dębowiec i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Data i podpis asystenta:

4. OŚWIADCZENIE O REALIZACJI USŁUG ZGODNIE Z PROGRAMEM

Oświadczam, że będę realizować usługi asystencji osobistej zgodnie z zakresem Programu, prowadzić rzetelną ewidencję godzin oraz współpracować podczas monitoringu i kontroli.

Data i podpis asystenta:

5. OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO WYKONYWANIA USŁUG

Oświadczam, że posiadam stan zdrowia umożliwiający wykonywanie usług asystenckich oraz nie byłem/am prawomocnie skazany/a za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, rodzinie i opiece.

Data i podpis asystenta: