



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Asystent osobisty osoby  
niepełnosprawnej” – edycja 2023  
realizowany ze środków  
Funduszu Solidarnościowego

---

Załącznik Nr 3 do Karty zgłoszenia

.....  
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....  
Adres zamieszkania

**Oświadczenie uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

**Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że**

Jestem świadoma/świadomy, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł.

Jestem świadoma/świadomy, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Jestem świadoma/świadomy, że nie ponoszę odpłatności za usługi asystencji osobistej.

Miejscowość ..... data .....

.....  
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego  
uczestnika Programu