



Karta zgłoszenia GOPS.4141.1.2026

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUG ASYSTENCKICH
PROGRAMU ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego

Pani/Pan

.....
.....

(imię i nazwisko asystenta oraz adres zamieszkania i numer telefonu)

jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej na moją/mojego podopiecznego rzecz oraz spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług asystencji osobistej.

Oświadczam, że osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej/mojego podopiecznego rodziny w rozumieniu zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, moim/mojego podopiecznego opiekunem prawnym, ani nie zamieszkuje razem ze mną/moim podopiecznym.

.....
(czytelny podpis uczestnika Programu lub
rodzica małoletniego / opiekuna prawnego)