Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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)