Załącznik nr do Regulaminu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Golina, dn. …………….………. r.

…………………………………….  
imię i nazwisko opiekuna prawnego/ustawowego

…………………………………….

…………………………………….  
 adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że akceptuję Panią ………………………………………………… asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, jako osobę świadczącą usługi asystencji osobistej dla mojego niepełnosprawnego dziecka do 16. roku życia

……………………………………………………

zgodnie z zapisami Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, (rozdział IV pkt. 7)\*.

…........................................................

(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

\* W przypadku gdy usługi asystencji osobistej mają być świadczone na rzecz małoletnich, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, a także wymagana jest pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego małoletniego.