............................................

(miejscowość i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością Pani/Pan

........................................................................................ nie jest członkiem mojej rodziny\*, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.......................................................

(podpis Uczestnika Programu)

\*Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.