

**Zadanie dofinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026**

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA
dotyczące pokrewieństwa oraz prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego**

Na potrzeby realizacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, **oświadczam**, że wskazany przeze mnie asystent osoby z niepełnosprawnością:

.....
(Imię i nazwisko asystenta)

nie jest członkiem mojej rodziny, nie pozostaje ze mną w stosunku pokrewieństwa ani powinowactwa oraz **nie zamieszkuje ze mną i nie prowadzi ze mną wspólnego gospodarstwa domowego**, zgodnie z zasadami realizacji Programu.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą.

.....
Podpis uczestnika