



Załącznik nr 4 do Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

.....miejsowość, data

.....  
*imię i nazwisko uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

.....

.....  
*adres zamieszkania*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU  
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”  
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024**

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta nie będą świadczone wobec mnie / mojego podopiecznego<sup>1</sup> usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 t.j. ), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie.

.....

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

---

<sup>1</sup>właściwie zakreślić