



Załącznik nr 4

Włoszczowa, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko rodzica)

.....  
(Imię i Nazwisko dziecka niepełn.)

.....  
.....  
(adres)

#### DEKLARACJA

#### **Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2022r.**

Ja, ..... Uczestnik Programu/ opiekun prawny  
uczestnika wskazuje Panią/Pana .....  
zam. .... jako osobę, którą  
wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu.

Jednocześnie oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby  
Niepełnosprawnej nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest członkiem rodziny i nie zamieszkuje  
razem ze mną oraz jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.  
( Za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę,  
ojczyrna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem  
Programu. Za członka rodziny uznać należy także synową/zięcia).

..... dnia ..... r.

.....  
(podpis czytelny rodzica/opiekuna  
prawnego)