



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

## O Ś W I A D C Z E N I E

(dot. umowy świadczenia usługi opiekuna osoby niepełnosprawnej)

W związku z chęcią zawarcia umowy zlecenia na pełnienie funkcji asystenta osoby z niepełnosprawnością w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” ” edycja 2024 , **oświadczam, że** nie jestem opiekunem prawnym, nie łączę mnie pokrewieństwo<sup>1</sup> z uczestnikiem Projektu Panem/Panią ..... (imię i nazwisko uczestnika Programu) oraz nie zamieszkuję razem z w/w uczestnikiem Programu.

.....

Podpis, data

---

<sup>1</sup> Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu