

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i realizacji  
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024

..... 2024 r.  
miejsowość data

.....  
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....  
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU  
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” –  
EDYCJA 2024**

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

.....  
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

---

<sup>1</sup> właściwe zakreślić