

**OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA MAŁOLETNIEJ/GO  
Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

Ja niżej podpisany/a

.....  
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna).

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu do kontaktu .....

**oświadczam, że jako rodzic /prawny opiekun\* małoletniej/go:**

imię i nazwisko .....

data urodzenia:.....

zwanej/go dalej „uczestnikiem programu”:

**Część A.**

**Oświadczam, że wskazana osoba/kandydat na asystenta spełnia następujące warunki określone w Programie:**

- nie jest członkiem mojej rodziny/rodziny dziecka\* (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem)
- spełnia moje oczekiwania i jest przygotowana/ny do realizacji wobec mojego dziecka usług asystencji osobistej;
- nie był/a niekarany/na i nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym;

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

**Część B. - Oczekuję wskazania osoby do wykonywania usługi asystencji osobistej dla mojego dziecka przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach : Tak**

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

*\*Zaznaczyć właściwe*