



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 5 do Regulaminu
naboru i uczestnictwa
w Programie Ministra Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej „Asystent
osobisty osoby z
niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego - edycja
2025

Radom, dnia

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

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie

Akceptuję Pana/Panią
(imię i nazwisko asystenta)

jako asystenta, który będzie świadczył usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent
osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

na rzecz mojego dziecka/podopiecznego.....
(imię i nazwisko dziecka od ukończenia 2 r.ż. do 16 r.ż. z orzeczoną niepełnosprawnością)

.....
/podpis rodzic/opiekuna prawnego/