



.....
(Imię i nazwisko uczestnika Programu)

.....
(Adres zamieszkania uczestnika Programu)

.....
(Numer telefonu uczestnika Programu)

DEKLARACJA O WSKAZANIU I AKCEPTACJI ASYSTENTA

Oświadczam, że wskazuję i akceptuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego mojego/mojego podopiecznego

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Oświadczam, że wskazana osoba jest przygotowana do świadczenia usługi asystencji osobistej na rzecz moją/mojego podopiecznego, oraz spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług asystencji osobistej.

.....
(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)



Oświadczenie wskazanego asystenta

Ja, wyżej wymieniony/a, oświadczam, że:

1. **Nie jestem opiekunem prawnym, członkiem rodziny oraz nie zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z odbiorcą programu.** (Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).
2. Oświadczam, iż nie byłam(em) skazana(y) za przestępstwa popełnione umyślnie i nie figuruję, jako osoba skazana w Krajowym Rejestrze Karnym.
3. Wyrażam zgodę na sprawdzenie mnie przez zleceniodawcę w przypadku świadczenia usług asystenckich na rzecz dzieci, w Rejestrze Sprawców na Tle seksualnym zgodnie z art. 21 ustawy z 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2024 r., poz. 560).

.....

(podpis wskazanego asystenta)