

Bydgoszcz, dnia 2026 r.

POTWIERDZENIE WYBORU ASYSTENTA
PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2026

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Oświadczam, że:

☐ Wybieram asystenta

☐ Nie wybieram asystenta

** (proszę zaznaczyć wybrane pole znakiem X)*

Imię i nazwisko asystenta:

Numer kontaktowy:

Oświadczam, że wybrany przeze mnie asystent nie jest członkiem rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.

Ponadto oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2024 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 2268 t.j. z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmującej analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.
2. Jestem świadomy/a, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

3. Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.

.....

*(podpis Uczestnika Programu/
opiekuna prawnego Uczestnika Programu)*