



.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

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

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **akceptuję, wyrażam zgodę i dopuszczam** do świadczenia usług asystencji osobistej przez

Pana/Panią

na rzecz mojego dziecka (bądź dziecka będącego pod moją opieką prawną) - uczestnika

imię i nazwisko

w ramach Programu rządowego: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026.

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2023 poz. 1606 ze zm.) dopuszczam wyżej wymienioną Panią/Pana do pełnienia funkcji asystenta w stosunku do mojego małoletniego dziecka.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością)