



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 3 do Regulaminu

.....

Imię i nazwisko

.....

.....

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA PROGRAMU – DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026**

Oświadczam, że:

Dziecko z niepełnosprawnością¹ jest wychowywane przez jednego rodzica **Tak** ☐ / **Nie** ☐

.....

miejsowość, data

.....

Podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego uczestnika Programu

¹ dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji