



Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
z dnia z 26 listopada 2025 r.

POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA
W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA
JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026

Ja, niżej podpisany/a

.....
potwierdzam swoje uczestnictwo w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego. Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z regulaminem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 realizowanym w Gminie Piaseczno.
2. Jestem świadomy/a, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” wsparcie, finansowane z innych źródeł.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 jest bezpłatny.
4. Zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych.
5. Dane zawarte we wszystkich dokumentach złożonych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 są zgodne z prawdą.

Jednocześnie zobowiązuję się do informowania o wszelkich zmianach okoliczności mogących mieć wpływ na realizację Programu.

Piaseczno, data

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)