



Gmina Kościerzyna

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością..... nie jest członkiem mojej rodziny<sup>i</sup>, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....  
(podpis Uczestnika Programu)

---

<sup>i</sup> Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub 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