

OŚWIADCZENIE

Na potrzeby realizacji resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.. oświadczamy, że między

uczestnikiem projektu (nazwisko i imię).....

a asystentem/opiekunem (nazwisko i imię) nie
zachodzi żadne z poniższych pokrewieństw.

Pokrewieństwo pełne:

W linii prostej:

- 1 stopień pokrewieństwa: OJCIEC, MATKA, SYN, CÓRKA
- 2 stopień pokrewieństwa: DZIADEK, BABCIA, WNUK, WNUCZKA,
- 3 stopień pokrewieństwa: PRADZIADEK, PRABABCIA, PRAWNUK, PRAWNUCZKA,
- 4 stopień pokrewieństwa: PRAPRADZIADEK, PRAPRABABCIA, PRAPRAWNUK, PRAPRAWNUCZKA,

W linii bocznej:

- 2 stopień pokrewieństwa: BRAT, SIOSTRA,
- 3 stopień pokrewieństwa: BRAT OJCA, BRAT MATKI, SIOSTRA MATKI, SIOSTRA OJCA, SYN BRATA W STOSUNKU DO STRYJA, CÓRKA BRATA W STOSUNKU DO STRYJA, SYN BRATA W STOSUNKU DO SIOSTRY OJCA, CÓRKA BRATA W STOSUNKU DO SIOSTRY OJCA, SYN SIOSTRY, CÓRKA SIOSTRY,
- 4 stopień pokrewieństwa: SYN BRATA OJCA, CÓRKA BRATA OJCA, SYN BRATA MATKI, CÓRKA BRATA MATKI, SYN SIOSTRY OJCA LUB SIOSTRY MATKI, CÓRKA SIOSTRY OJCA LUB SIOSTRY MATKI,

Powinowactwo rodzinne:

Powinowactwo między małżonkami: MAŻ, ŻONA,

1 stopień powinowactwa rodzinnego w linii prostej: OJCIEC MEŻA(TEŚĆ), OJCIEC ŻONY(TEŚĆ), MATKA MEŻA(TEŚCIOWA), MATKA ŻONY(TEŚCIOWA), MAŻ CÓRKI (ZIEĆ), ŻONA SYNA(SYNOWA),

2. stopień powinowactwa rodzinnego w linii bocznej: BRAT MEŻA(SZWAGIER), SIOSTRA MEŻA(SZWAGIERKA), BRAT ŻONY(SZWAGIER), SIOSTRA ŻONY(SZWAGIERKA), ŻONA BRATA(BRATOWA), MAŻ SIOSTRY(SZWAGIER),

3. stopień powinowactwa rodzinnego w linii bocznej: ŻONA BRATA OJCA, ŻONA BRATA MATKI, MAŻ SIOSTRY MATKI, MAŻ SIOSTRY OJCA,

Krewnych w linii bocznej małżonka tzn. pochodzących od tego samego przodka: BRAT , SIOSTRA, KUZYN, WUJEK, CIOTKA, BRATANEK, SIOSTRZENICA ITP.,

Osobę pozostającą we wspólnym pożyciu - PARTNER, PARTNERKA, Osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Pokrewieństwo zastępcze: MACOCHA, OJCZYM, PASIERB, PASIERBICA,

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis asystenta/opiekuna

.....

podpis uczestnika

Oświadczam, że wyrażam zgodę na świadczenie usług przez wskazaną powyżej osobę

.....

podpis uczestnika

OŚWIADCZENIE

Na potrzeby realizacji resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego oświadczamy, że między

uczestnikiem projektu (nazwisko i imię).....

a asystentem/opiekunem (nazwisko i imię) nie
zachodzi żadne z poniższych pokrewieństw.

Pokrewieństwo pełne:

W linii prostej:

- 1 stopień pokrewieństwa: OJCIEC, MATKA, SYN, CÓRKA
- 2 stopień pokrewieństwa: DZIADEK, BABCIA, WNUK, WNUCZKA,
- 3 stopień pokrewieństwa: PRADZIADEK, PRABABCIA, PRAWNUK, PRAWNUCZKA,
- 4 stopień pokrewieństwa: PRAPRADZIADEK, PRAPRABABCIA, PRAPRAWNUK, PRAPRAWNUCZKA,

W linii bocznej:

- 2 stopień pokrewieństwa: BRAT, SIOSTRA,
- 3 stopień pokrewieństwa: BRAT OJCA, BRAT MATKI, SIOSTRA MATKI, SIOSTRA OJCA, SYN BRATA W STOSUNKU DO STRYJA, CÓRKA BRATA W STOSUNKU DO STRYJA, SYN BRATA W STOSUNKU DO SIOSTRY OJCA, CÓRKA BRATA W STOSUNKU DO SIOSTRY OJCA, SYN SIOSTRY, CÓRKA SIOSTRY,
- 4 stopień pokrewieństwa: SYN BRATA OJCA, CÓRKA BRATA OJCA, SYN BRATA MATKI, CÓRKA BRATA MATKI, SYN SIOSTRY OJCA LUB SIOSTRY MATKI, CÓRKA SIOSTRY OJCA LUB SIOSTRY MATKI,

Powinowactwo rodzinne:

Powinowactwo między małżonkami: MAŻ, ŻONA,

1 stopień powinowactwa rodzinnego w linii prostej: OJCIEC MEŻA(TEŚĆ), OJCIEC ŻONY(TEŚĆ), MATKA MEŻA(TEŚCIOWA), MATKA ŻONY(TEŚCIOWA), MAŻ CÓRKI (ZIEĆ), ŻONA SYNA(SYNOWA),

2. stopień powinowactwa rodzinnego w linii bocznej: BRAT MEŻA(SZWAGIER), SIOSTRA MEŻA(SZWAGIERKA), BRAT ŻONY(SZWAGIER), SIOSTRA ŻONY(SZWAGIERKA), ŻONA BRATA(BRATOWA), MAŻ SIOSTRY(SZWAGIER),

3. stopień powinowactwa rodzinnego w linii bocznej: ŻONA BRATA OJCA, ŻONA BRATA MATKI, MAŻ SIOSTRY MATKI, MAŻ SIOSTRY OJCA,

Krewnych w linii bocznej małżonka tzn. pochodzących od tego samego przodka: BRAT , SIOSTRA, KUZYN, WUJEK, CIOTKA, BRATANEK, SIOSTRZENICA ITP.,

Osobę pozostającą we wspólnym pożyciu - PARTNER, PARTNERKA, Osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Pokrewieństwo zastępcze: MACOCHA, OJCZYM, PASIERB, PASIERBICA,

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis asystenta/opiekuna

.....

podpis uczestnika

Oświadczam, że wyrażam zgodę na świadczenie usług przez wskazaną powyżej osobę

.....

podpis uczestnika