



**Zadanie realizowane w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej,
pn.: Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja
2024.**

Źródłem finansowania Programu są środki pochodzące z Funduszu Solidarnościowego na 2024 rok.

.....
Imię i Nazwisko Uczestnika Programu

.....
Miejscowość ; Data

.....
Adres zamieszkania

.....
**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA
OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego Pani/Pan

.....
Imię i Nazwisko, adres zamieszkania i numer telefonu osoby wskazanej

.....
Spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług asystencji osobistej.

Oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

.....
Podpis osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego

Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.