

 

Potok Wielki, dnia …………………..

……………………………………………………………………
 Imię i Nazwisko uczestnika Programu

………………………………………………………………………
 Adres zamieszkania

………………………………………………………………………..
 (Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

 **OŚWIADCZENIE**

 dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

 Oświadczam, że:

☐ nie wskazuję asystenta;

☐ wskazuję asystenta.

……………………………………………………………………..……………………………

 (Imię i Nazwisko, telefon, e-mail)

Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną, a także nie pozostaje ze mną we wspólnym pożyciu, jak też w stosunku przysposobienia.

 …………………………………………….
 Podpis uczestnika Programu