



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