

Mrągowo, dnia

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o usługi asystencji osobistej

.....

Adres zamieszkania

Imię i nazwisko opiekuna prawnego

Nr tel.

O Ś W I A D C Z E N I E

**w sprawie wskazania asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2024**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:.....

Telefon:.....E-mail:.....

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba:

- a/ nie jest członkiem mojej rodziny,
- b/ nie jest moim opiekunem prawnym,
- c/ nie zamieszkuje razem ze mną.

Zostałem/lam poinformowany/na, że:

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

Czytelny podpis UP/opiekuna prawnego