

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

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

Oświadczam, że:

na asystenta wybieram:

.....
.....
(Imię i nazwisko, nr telefonu Asystenta)

Ponadto oświadczam, że:

1. wskazany przeze mnie asystent nie jest członkiem mojej rodziny oraz nie jest opiekunem prawnym¹,
2. nie zamieszkuje wspólnie ze wskazanym asystentem,
3. akceptuję wskazanego asystenta, którego znam osobiście. Wskazana przeze mnie osoba posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie usług asystencji osobistej w ramach Programu.

nie wskazuję asystenta.

.....
**Czytelny podpis uczestnika Programu/
opiekuna prawnego**

¹ 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.