

.....
miejsowość data

.....
imię i nazwisko
osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka

.....
.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na¹:

- mojego osobistego asystenta,
 asystenta mojego podopiecznego
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością
 asystenta mojego dziecka
imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością

Pana/Panią
imię i nazwisko asystenta

dane kontaktowe wskazanego asystenta (adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail

.....
.....
.....

Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem²,
- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka²

usług asystencji osobistej zgodnie z wymogami zawartymi w Programie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

.....
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/
opiekuna ustawowego

¹ zaznaczyć właściwe

² niepotrzebne skreślić