

....., 2024 r.
miejsowość, data

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

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2024**

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 (np. 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 dziecka³ usług asystencji osobistej,

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 właściwie

² właściwie zakreślić

³ właściwie zakreślić