



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 1 do rekrutacji Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

.....
miejsowość data

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

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – 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 (adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail

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



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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