

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024

....., 2024 r.
miejsowość data

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

.....

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że:

1. Wskazuję Pana/Panią
zam.
jako mojego asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, o której mowa
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024.
2. Wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest
członkiem rodziny, nie pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym
oraz jest przygotowany/a do realizacji wobec mnie asystencji osobistej.

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

OŚWIADCZENIE OSOBY WSKAZANEJ

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie wobec Pana/Pani
..... usług asystenta osobistego osoby
niepełnosprawnej – zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” – edycja 2024.

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