

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Korzystając z prawa do wyboru osoby świadczącej usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2024, do realizacji ww. usługi wskazuję:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Jednocześnie oświadczam, że ww. osoba wskazana na Asystenta:

- nie jest członkiem mojej rodziny¹⁾, *
- nie jest moim opiekunem prawnym*
- nie zamieszkuje razem ze mną *
- nie pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym*
- jest przygotowana** do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej*

Ponadto oświadczam, że **akceptuję / nie akceptuję*** ww. **Asystenta** świadczącego usługę wobec mnie/mojego dziecka z niepełnosprawnością*.

.....
(podpis Uczestnika Programu lub rodzica/opiekuna prawnego w przypadku dzieci)

*należy zaznaczyć właściwą odpowiedź

¹⁾Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy: wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna, zięcia, synową oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.