……………….……………….., …………… 2022 r.

*miejscowość, data*

…………………………………………….………

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

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

*adres zamieszkania*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2022**

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta nie będą świadczone wobec mnie / mojego podopiecznego/ mojego dziecka[[1]](#footnote-1) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie.

………………………………………………………….

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

1. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-1)