

**OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
W RAMACH PROGRAMU**

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024

Dane osoby niepełnosprawnej	Dane osoby świadczącej usługę
Imię i Nazwisko:	Imię i Nazwisko:
Nr PESEL:	Nr PESEL:
Adres zamieszkania:	Adres zamieszkania:

W odniesieniu do części *IV. Zakres podmiotowy i przedmiotowy Programu, pkt 6, Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024*, ja niżej podpisana/y oświadczam, iż Pan/i:

- jest osobą z mojego wskazania,
- nie pozostaje ze mną w jakimkolwiek stosunku pokrewieństwa i powinowactwa,
- jest przygotowana/y do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej,
- jest osobą zaufaną,
- jest osobą odpowiedzialną,
- nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu opieki nade mną,
- nie jest zobowiązana/y przepisami prawa, wyrokiem sądu, bądź innym dokumentem do sprawowania opieki nade mną.

Miejscowość , dn.

.....
Podpis osoby niepełnosprawnej