Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego

Krasnystaw, dnia ………………………….

……………………………………

 (Imię i Nazwisko Uczestnika Programu)

…………………………………….

…………………………………….

 (adres zamieszkania)

……………………………………

 (telefon)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystencji osobistej
w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i Nazwisko: ………………………………………………………………………….….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………………………………………………………

 Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego

Krasnystaw, dnia ………………………….

……………………………………

 (Imię i Nazwisko Uczestnika Programu)

…………………………………….

…………………………………….

 (adres zamieszkania)

……………………………………

 (telefon)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystencji osobistej
w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej wobec mnie.

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego

Krasnystaw, dnia ………………………….

……………………………………

 (Imię i Nazwisko Uczestnika Programu)

…………………………………….

…………………………………….

 (adres zamieszkania)

……………………………………

 (telefon)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny dziecka do 16 roku życia
z orzeczeniem o niepełnosprawności akceptuję osobę

……………………………………………………………………………

(Imię i Nazwisko wskazanego asystenta)

jako asystenta osobistego mojego dziecka.

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego

Krasnystaw, dnia ………………………….

……………………………………

 (Imię i Nazwisko Uczestnika Programu)

…………………………………….

…………………………………….

 (adres zamieszkania)

……………………………………

 (telefon)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystencji osobistej
w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, oświadczam, że jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystenta nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze
lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia
12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi finansowane z innych źródeł.

..…………………………………………………………………….

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)