……………….…………, …………… r.

 *miejscowość, data*

…………………………………………….………

 *imię i nazwisko*

 *osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka*

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

 *adres zamieszkania*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że **wskazuję na[[1]](#footnote-1):**

* mojego osobistego asystenta,
* asystenta mojego podopiecznego……………………………………..………………….………..,

 *imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością*

* asystenta mojego dziecka:………………………………………………………………..…………,

*imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością*

**Pana/Panią……………….……………………………………………………………………………………,**

 ***imię i nazwisko asystenta***

………………………………………………………………………………………………….……………….

…………………………………………………………………………………………………………………..

dane kontaktowe wskazanego asystenta (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail):

Oświadczam również, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem**[[2]](#footnote-2),**

- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka**[[3]](#footnote-3)** usług asystencji osobistej oraz **posiada niezbędne kwalifikacje lub doświadczenie zgodne z zapisami uwzględnionymi
w Programie w ust. 3 pkt 1 lub 2** (dokumenty potwierdzające ww. zapisy po przyznaniu usług asystencji zostaną niezwłocznie dostarczone przez wskazanego asystenta do OPS w Żmudzi w formie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, jednak nie później niż w ciągu 3 dni roboczych po otrzymaniu niniejszej informacji).

………………………………………………………….

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

|  |
| --- |

1. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-3)