Skarżysko-Kamienna, dnia …………………..

……………………………………………………………………
 Imię i Nazwisko uczestnika Programu

………………………………………………………………………
 Adres zamieszkania

………………………………………………………………………..
 Imię i Nazwisko opiekuna prawnego

 **OŚWIADCZENIE**

 dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

 Oświadczam, że:

☐ na asystenta wybieram

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

 (imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon)

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Oświadczam, że osoba przeze mnie wskazana posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należytą realizację usługi asystencji osobistej.

|  |
| --- |
|  |

☐ nie wskazuję asystenta.

 ……………………………………….
 Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

 **Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 jest finansowany w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego**