**** **Powiat**

**Skarżyski**

 Załącznik Nr 7 do Regulaminu
 świadczenia usług asystencji, rekrutacji i naboru

 do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

 dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025”

 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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

 Oświadczam, że:

☐ na asystenta wybieram

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

 (imię i nazwisko, telefon)

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

|  |
| --- |
|  |

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

*Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest współfinansowany ze środków z Funduszu Solidarnościowego*