



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Załącznik nr B do Regulaminu

Sieradz,.....

.....
(Imię i nazwisko odbiorcy Programu/ opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej 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:.....

E-mail:

Jednocześnie oświadczam, że:

1. wyżej wskazany asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej.
2. wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną i nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu).

.....
(podpis odbiorcy Programu /opiekuna prawnego)

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego





Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

.....
W przypadku składania przez odbiorcę oświadczenia ustnego:
podpis osoby przyjmującej deklarację

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

