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 2023, 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 zgodnie z zasadami programu AOON edycja 2023, pkt. IV Zakres podmiotowy i przedmiotowy Programu ust.3 i ust.5.
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 uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem).

……
(podpis odbiorcy Programu /opiekuna prawny)

……..……..……

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