................................................................................. Wyśmierzyce, dnia …………………..….

 imię i nazwisko uczestnika Programu

zam., ………………………………………………

tel. ………………………………………………………..

imię i nazwisko opiekuna prawnego: …………………………………….…………………………

telefon kontaktowy do opiekuna prawnego: ……………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

**o wskazaniu asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Oświadczam, że:

**☐** **na asystenta wskazuję** Pana/Panią ……………..……………………………………………………………………………….

 imię i nazwisko

zam. …………………………………………………………………………….………………..……………………………………………………

 adres

tel. ………………………………………………………, adres e-mail ……………………………………………………………………….

Oświadczam, że wskazana osoba jest przygotowana do realizacji wobec mnie\*/uczestnika Programu\* usług asystencji osobistej.

Oświadczam, iż wskazana przeze mnie **osoba nie jest członkiem rodziny1) mojej\*/uczestnika Programu**\*.

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba **nie pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną\*/z uczestnikiem Programu\***.

**☐** nie wskazuję asystenta.

 ………………………………………….………….………………………..

 podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\* niewłaściwe skreślić

**1)**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