*Załącznik nr 2 do Regulaminu Programu*

*„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”*

*– edycja 2023*

………………………………………………

Miejscowość, data

…………………………………………..

…………………………………………..

…………………………………………..

Dane wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

Oświadczam, że:

☐ Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta: ………………..…………………………………………

Telefon:……………………………………………….…………..

E-mail:……………………………….…………………..

W/w osoba:

* nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
* jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej
* spełnia warunki określone w pkt. IV. Ppkt. 3., na dowód czego przedstawiam następujące dokumenty: …………………………………………………………...……

……………………………………………………………………………….…………..

…………………………………………………………………………………………..

☐Nie wybieram asystenta.

|  |
| --- |
| Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu |