*Załącznik nr 2 do Regulaminu Realizacji Programu*

„*Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”*

*dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024*

………………………………………………

Miejscowość, data

…………………………………………..

…………………………………………..

…………………………………………..

Dane wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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. ust 4., na dowód czego przedstawiam następujące dokumenty: …………………………………………………………...……

……………………………………………………………………………….…………..

…………………………………………………………………………………………..

☐Nie wybieram asystenta.

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