

………………………………………… …………………...

Imię i Nazwisko Miejscowość, data

..........................................

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego Pani/Pan

 ……………………………………………………………………………...............................................................................
 **Imię i Nazwisko, adres zamieszkania i numer telefonu osoby wskazanej**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług asystencji osobistej.

Oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny
w rozumieniu zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych[[1]](#footnote-1).

...………………………………………………….

**Podpis osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego**

1. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem. [↑](#footnote-ref-1)