



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



OPSGŁ
Ośrodek Pomocy Społecznej
Gminy Łańcut

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko

osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka

.....
adres zamieszkania

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

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wskazuję na¹:

- ⑦ mojego osobistego asystenta,
- ⑦ asystenta mojego podopiecznego.....

imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

- ⑦ asystenta mojego dziecka:.....

imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością

Pana/Panią.....
imię i nazwisko asystenta

dane kontaktowe wskazanego asystenta (np. adres zamieszkania/ numer telefonu/ adres e-mail):
.....
.....

Oświadczam, że wyżej wskazany asystent:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną/ moim podopiecznym/ moim dzieckiem²,
- jest przygotowany do realizacji wobec mnie/ mojego podopiecznego/ mojego dziecka³ usług asystencji osobistej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Programu doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

.....
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

1zaznaczyć właściwe

2właściwe zakreślić

3właściwe zakreślić