**………………………………………… …………………...**

**Imię i Nazwisko Miejscowość, data**

**..........................................**

**Adres zamieszkania**

**…………………………………………**

**Numer telefonu**

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta

osobistego Pani/Pan ……………………………………………………………………………...........................................

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

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

jest przygotowany/a do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

Ponadto oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny
w rozumieniu Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 **¹**.

...………………………………………………….

**Podpis osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego**

**¹** Zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 przez członka rodziny należy rozumieć: rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem programu.