



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ  
W GŁÓWCZYCACH

.....  
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....  
Adres zamieszkania

.....  
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

### **OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024  
Oświadczam, że:

na asystenta wybieram

.....  
(Imię i Nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu Asystenta)

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny oraz nie jest opiekunem prawnym.
2. Oświadczam, że akceptuję osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji asystenta osobistego znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

.....  
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego