

……………………………………………………………………
 Imię i Nazwisko uczestnika Programu

………………………………………………………………….
 Adres zamieszkania

……………………………………………………………………
 (Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE**

 dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

 Oświadczam, że:

☐ na asystenta wybieram

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

**(Imię i Nazwisko Asystenta)**

1. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny (zgodnie z pkt IV. Zakres podmiotowy i przedmiotowy Programu ppkt 5) 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.

|  |
| --- |
|  |

☐ nie wskazuję asystenta.

 ……………………………………

 **podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

 **Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2022 jest finansowany w całości ze środków z Funduszu Solidarnościowego**