**………………………………………… …………………...**

**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**

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

spełnia warunki wynikające z programu dotyczącą realizacji usług asystencji osobistej.

Ponadto oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny
w rozumieniu Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 **¹**.

...………………………………………………….

**Podpis osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego**

**¹**Zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 przez członka rodziny należy rozumiećwstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem programu.