

Żywiec, dn.....

Dane rodzica /opiekuna prawnego dziecka:

.....
.....
.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

Dane Dziecka:

.....
.....
.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

W związku ze złożeniem wniosku o przyznanie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, oświadczam, co następuje: **wskazuję, a co za tym idzie akceptuję** Panią/Pana (nr tel:.....) jako osobę, która będzie realizowała usługi asystencji osobistej.

Oświadczam również, że ww. Osoba:

- jest osobą z mojego wskazania,
- jest przygotowana/y do realizacji usług asystencji osobistej,
- nie jest członkiem rodziny,

Część IV, pkt. 5 ww. Programu:

„Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem”

- nie jest opiekunem prawnym ww. dziecka,
- nie jest osobą faktycznie zamieszkującą z ww. dzieckiem.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka)