**OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osoby niepełnosprawnej** | **Dane osoby świadczącej usługę**  |
| **Imię i Nazwisko:** | **Imię i Nazwisko:** |
| **Nr PESEL:** | **Nr PESEL:** |
| **Adres zamieszkania:** | **Adres zamieszkania:** |

W odniesieniu do części *IV. Zakres podmiotowy i przedmiotowy* *Programu, pkt 4 ppkt 3, Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024,*

ja niżej podpisana/y oświadczam, iż Pan/i …………………………………………….:

* jest osobą z mojego wskazania,
* nie pozostaje ze mną w jakimkolwiek stosunku pokrewieństwa i powinowactwa,
* jest przygotowana/y do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej,
* jest osobą zaufaną,
* jest osobą odpowiedzialną,
* nie pobiera świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu opieki nade mną,
* nie jest zobowiązana/y przepisami prawa, wyrokiem sądu, bądź innym dokumentem do sprawowania opieki nade mną.

Miejscowość , dn. ………………………. ………………………………….

 Podpis osoby niepełnosprawnej