**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

 **„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

Uczestnik Programu ………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

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

Dane opiekuna prawnego – *jeśli dotyczy*

Imię i nazwisko : ..................................................................................................................

Adres zamieszkania: .............................................................................................................

**Część A. - Wskazuję jako mojego asystenta ☐ / nie dotyczy ☐ (\*)**

Panią/ Pana ………………………………………………………………………………….….………

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

Telefon kontaktowy ……………………………, e-mail: ……………………………………….….…

**Wskazana osoba/kandydat na asystenta spełnia następujące warunki określone w Programie**:

☐ nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem)

☐ spełnia moje oczekiwania i jest przygotowana/ny do realizacji usługi asystencji osobistej;

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

 (data i czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

**Część B. - Oczekuję wskazania osoby do wykonywania usługi asystencji osobistej ☐**

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

 (data i czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

*\*Zaznaczyć właściwe.*