

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024.

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2024,**

Uczestnik Programu
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania

Dane opiekuna prawnego – *jeśli dotyczy*

Imię i nazwisko :

Adres zamieszkania:

Część A.

Oświadczam, że wskazana osoba/kandydat na asystenta spełnia następujące warunki określone w Programie:

nie jest członkiem mojej rodziny/rodziny dziecka* (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)

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.*