**Oświadczenie**

* W czasie korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej nie będę korzystał/a z innych form pomocy usługowej, w tym: usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r., o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021r. poz. 2268 i 2270 oraz z 2022r. poz. 1, 66 i 1079, usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.
* Przez cały okres trwania Programu będę korzystał z usług świadczonych przez tego samego Realizatora. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się zmianę Realizatora.

………………………………………………………………………

Data i podpis Uczestnika/Opiekuna prawnego

*Program finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego*