



Załącznik B do Regulaminu

Wieluń,.....

.....  
(Imię i nazwisko odbiorcy Programu/ opiekuna prawnego)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania.....

Telefon:.....

E-mail: .....

Jednocześnie oświadczam, że:

1. wyżej wskazany asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie usługi asystencji osobistej.
2. wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest moim opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną i nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyrna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu).

.....  
(podpis odbiorcy Programu /opiekuna prawnego)

.....  
W przypadku składania przez odbiorcę oświadczenia ustnego:  
podpis osoby przyjmującej deklarację