Załącznik Nr 5 do Regulaminu

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością „

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Miejscowość, data…….....

…….....
(Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

…….....

…….....
(Adres zamieszkania)

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

Wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego w ramach programu **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**, w związku z asystenturą, o którą ubiegam się o przyznanie usługi asystencji.

Imię i nazwisko asystenta:

……..

Telefon:……..

E-mail …….....

Dane osoby nad którą będzie sprawowana opieka: ……

□ dziecko
□ osoba dorosła

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie, zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

…….
(podpis odbiorcy programu /opiekuna)

Zadanie publiczne „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – Edycja 2025 jest zadaniem finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.