

Cieplewo, dnia

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie korzystam i nie zamierzam korzystać ze wsparcia w formie asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej finansowanej ze środków Funduszu Solidarnościowego, realizowanej przez organizacje pozarządowe lub inne podmioty.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Korzystając z możliwości wynikającej z zapisów Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, rozdział IV.

Pkt. 4 Ust. 3, proszę aby usługę asystenta świadczył/a

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

(imię i nazwisko, adres, telefon)

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)