



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



....., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**Oświadczenie Uczestnika Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Oświadczam, że:

obecnie nie korzystam

obecnie korzystam:

1. z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023r. poz. 901 ze zm.),
2. z usług, o których mowa w Programach Ministerstwa, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”,
3. z usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych z innych źródeł.

Data realizacji usługi /okres obowiązywania	Godziny /dni realizacji usługi	Kategoria usługi (1, 2, 3)	Organizator usługi

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