………………………………. …………………………………

………………………………. (miejscowość, data)

……………………………….
 (imię i nazwisko Uczestnika Programu/
 opiekuna prawnego, adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pan/Pani …………………………………………….. nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest osobą pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym oraz nie jest moim opiekunem prawnym.

............................................................................
 Podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

………………………………. …………………………………

………………………………. (miejscowość, data)

……………………………….
 (imię i nazwisko Uczestnika Programu/
 opiekuna prawnego, adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pan/Pani …………………………………………….. jest przygotowany/a do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

............................................................................
 Podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego