

„Wspólnie dla pełni życia” - asystencja osobista

Program sfinansowany przez Samorząd Województwa Opolskiego ze środków PFRON

.....
Imię i Nazwisko Uczestnika Zadania

.....
Miejscowość, Data

.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI
ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego Pani/Pan*

.....
Imię i Nazwisko, adres zamieszkania i numer telefonu osoby wskazanej

.....
Spełnia warunki wynikające z Zadania dotyczące realizacji usług asystencji osobistej.

Oświadczam, iż osoba przeze mnie wskazana nie jest członkiem mojej rodziny w rozumieniu zapisów Zadania „Wspólnie dla pełni życia” - asystencja osobista**.

.....
Podpis rodzica lub opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić

**Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.