



Załącznik nr 4

Włoszczowa, dnia

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
.....
(adres)

DEKLARACJA

Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2022r.

Ja, uczestnik Programu/ opiekun prawny
uczestnika wskazuje Panią/Pana
zam. jako osobę, którą
wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu.

Jednocześnie oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby
Niepełnosprawnej nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest członkiem rodziny i nie zamieszkuje
razem ze mną oraz jest przygotowany do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.
(Za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę,
ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem
Programu. Za członka rodziny uznać należy także synową/zięcia).

..... dnia r.

.....
(podpis czytelny)