



Załącznik nr 3

Włoszczowa, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko)

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

### Oświadczenie

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022,, nie będę korzystał z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o którym mowa w pkt IV, ust. 9 Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2022,, finansowanych z innych źródeł.

..... dnia ..... r.

.....  
(podpis czytelny)