Lipsko, dnia ……………………………..

………………………………………………

( imię i nazwisko uczestnika Programu)

……………………………………………..

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

[ ]  Nie wybieram asystenta.

[ ]  Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta: ………………………………………………………...…………….

Telefon: ………………………………………………………………………..………………..

☐ oświadczam, że ww. wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną, ( za członków rodziny należy uznać rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu).

☐ Jednocześnie oświadczam, wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany/-a do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

…………………………………………………………………

Podpis uczestnika Programu/opiekuna

prawnego uczestnika Programu