



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

**Powiat  
Dzierżoniowski**



*Załącznik Nr 1*

*Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”  
edycja 2022 realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/y.....

zamieszkała/y.....

Oświadczam, że:

na asystenta wybieram (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)

.....  
.....

**Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby Programu za członków rodziny uznać należy: rodziców, dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyrna) oraz nie jest osobą pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym**

Osoba wskazana przeze mnie na asystenta jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

nie wskazuję asystenta.

.....  
Podpis uczestnika Programu