

## Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana ..... oświadczam, iż:

1) jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 9 Programu, finansowane z innych źródeł.;

2)  na asystenta wybieram [Imię i Nazwisko, telefon, e-mail]

.....  
Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

nie wskazuję asystenta.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)