

Załącznik nr 3 do Karty zgłoszeniowej w ramach
Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Toruń,

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany,

(imię i nazwisko)

oświadczam, że:

TAK/ NIE

/ obecnie korzystam z usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach innych programów/projektów *(jeśli tak, proszę podać skąd i w jakim wymiarze)*

.....

/ obecnie korzystam z usług opiekuńczych w ramach innych programów/projektów/institucji *(jeśli tak, proszę wpisać nazwę programu/ projektu i ilość godzin w wymiarze miesięcznym*

.....).

Pouczona/y o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianie powyższych danych.

.....

(Czytelny podpis Uczestnika)