

.....
imię i nazwisko uczestnika

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- jestem osobą samotnie zamieszkującą i nie mam możliwości korzystania ze wsparcia bliskich;
- nie zamieszkuję samotnie, jednak z uwagi na wiek oraz/lub niepełnosprawność osoby wspólnie zamieszkującej, nie mam możliwości korzystać z jej wsparcia, jak również wsparcia innych bliskich.

W związku ze wskazaniem osoby mającej pełnić rolę asystenta, poniżej podaję jej dane teleadresowe:

.....
Podpis uczestnika programu lub opiekuna prawnego