

Załącznik Nr 5 do Regulaminu

Miejscowość, data.....

.....
(Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(Adres zamieszkania)

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

Wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego w ramach programu **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**, w związku z asystenturą, o którą ubiegam się o przyznanie usługi asystencji.

Imię i nazwisko asystenta:

.....
Telefon:.....

E-mail

Dane osoby nad którą będzie sprawowana opieka:

- dziecko
- osoba dorosła

.....
(podpis odbiorcy programu /opiekuna)

Zadanie publiczne „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – Edycja 2024 jest zadaniem finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.