Załącznik Nr 6 do Regulaminu

Miejscowość, data .....

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

.....

.....
(Adres zamieszkania)

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO ZE STRONY UCZESTNIKA /RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ja, ……

uczestnik/ rodzic/opiekun prawny* uczestnika Programu (imię i nazwisko)

……..

akceptuję Panią/Pana…….

jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystencji w ramach Programu.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

*właściwe podkreślić

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.