



.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....dnia.....

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Oświadczam, że:

☐ korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/projektów finansowanych z innych źródeł w wymiarze:

.....
(miesięczna ilość godzin świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych programów/projektów);

☐ nie korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/projektów finansowanych z innych źródeł;

☐ korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej/ usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego/ usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

Proszę wpisać dni tygodnia oraz godziny w których świadczone są usługi:

.....
.....

☐ nie korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej /usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego/ usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

W celu sprawowania opieki nad uczestnikiem Programu zostało przyznane świadczenie pielęgnacyjne.

TAK/NIE*

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Centrum Usług Społecznych Gminy Głowczyce o zaistnieniu zmian dotyczących wyżej wymienionej sytuacji.

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego