……..

Miejscowość, data

……

Imię i Nazwisko

……

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE
asystenta o niepozostawaniu uczestnikiem programów ministra ani opiekunem prawnym uczestnika

Oświadczam, że nie jestem osobą będącą uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej ani opieki wytchnieniowej, ani osobą będącą opiekunem prawnym uczestnika Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026".

Oświadczam również, że powyższy stan jest zgodny z prawdą i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania realizatora Programu o każdej zmianie w tym zakresie.

……

czytelny podpis

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026" finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego.
Realizatorem zadania jest Gmina Główczyce-Centrum Usług Społecznych Gminy Główczyce.