



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Polkowicach

**POWIAT NASZ
POLKOWICKI**

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019- 2020

Ja

(imię i nazwisko)

oświadczam, że na dzień przystąpienia do programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2019-2020 w czasie, którego świadczone będą na moją rzecz usługi asystenta osobistego **nie korzystam** z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1507, z późn.zm.), a także z usług o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wtychnieniowa” oraz „ Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania realizatora programu o zaistnieniu zmian dotyczących ww. sytuacji.

.....

(data i podpis uczestnika programu /opiekuna prawnego)