



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



## OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla JST – edycja 2024 realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Legnicy

**Imię i nazwisko**.....

**Adres zamieszkania** .....

Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie o umiarkowanym/znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności\*.

Zostałem/am poinformowany/a, że o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług asystenckich w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystenckich finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług asystenckich),jestem zobowiązany poinformować nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/  
członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

\* odpowiednie skreślić