Załącznik nr 1B do umowy

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

LEGNICA z nią zawsze po drodze

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W LEGNICY

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu
lub opiekuna prawnego)

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością Pani/Pan .....…….....……..... nie jest członkiem mojej rodziny*, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....…
(podpis Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego)

**) Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.*

Załącznik nr 1A do umowy

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu
lub opiekuna prawnego)

.....

.....
(adres zamieszkania)

DEKLARACJA

Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

Ja, ……. Uczestnik Programu/ opiekun prawny Uczestnika wskazuję Panią/Pana ……

……

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu oraz oświadczam, iż osoba ta jest przygotowana do realizacji usług asystencji osobistej.

.....
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)