



Kędzierzyn-Koźle, dnia.....r.

.....

Imię i nazwisko uczestnika Programu

ul.....

47-..... Kędzierzyn-Koźle

Tel

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż ubiegając się o przyznanie usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

- wskazuję osobę, niebędącą członkiem mojej rodziny ani inną osobą pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym do świadczenia ww. Usług,
- nie wskazuję osoby do świadczenia ww. usług, jednocześnie akceptuję asystenta wskazanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej | w Kędzierzynie-Koźlu.

.....

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego