

OŚWIADCZENIE**Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

Oświadczam, że obecnie korzystam/nie korzystam¹:

1. z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, usług w ośrodkach wsparcia (o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z zm.), usług NFZ, usług prywatnych
2. usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych z innych źródeł.

Szczegółowy wykaz usług wymienionych w punkcie, z których korzystam w miesiącu

Data realizacji usługi	Godziny realizacji usługi	Kategoria usługi (1, 2)	Organizator usług

.....
podpis uczestnika programu/
opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

¹ Niepotrzebne skreślić (w przypadku korzystania z wymienionych usług należy wypełnić tabelę)