



.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU/KORZYSTANIU Z TEGO SAMEGO TYPU WSPARCIA

Oświadczam, że nie korzystam/korzystam z tego samego typu wsparcia realizowanego przez inne jednostki świadczące usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w ilości.....h realizowane przez

.....
oraz, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług asystencji osobistej, finansowane z innych źródeł.

.....
Podpis osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego