

Łęczna, r.

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej jako osobę świadczącą usługi asystencji
osobistej dla mojego niepełnosprawnego dziecka do 16. roku życia
..... zgodnie z zapisami Programu „Asystent
osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja
2024, (rozdział IV pkt. 7 ppkt. 3)*.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

* W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia z
orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z ww. wskazaniami, wymagane jest także:

3) pisemna akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.