Tomaszów Lubelski, dnia ………………………….

……………………………………

(Imię i Nazwisko Uczestnika Programu)

…………………………………….

…………………………………….

(adres zamieszkania)

……………………………………

(telefon)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

- korzystam/nie korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów/ projektów finansowanych z innych źródeł w wymiarze:

……………………………………………….………………………………………………………

(roczna oraz miesięczna liczba godzin świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych programów/projektów);

- korzystam/nie korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,
o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej/ usług finansowanych
w ramach Funduszu Solidarnościowego/ usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane
z innych źródeł.

Proszę wpisać dni tygodnia oraz godziny w których świadczone są usługi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)