

Zdrowa,

.....
Nazwisko i imię

.....

.....

Adres zamieszkania

Oświadczenie

Oświadczam, iż jako opiekun prawny/przedstawiciel ustawowy dla:

.....
(imię i nazwisko)

akceptuję osobę asystenta:

.....
(imię i nazwisko)

do sprawowania usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

O każdej zmianie mającej wpływ na realizację Programu zobowiązana/y jestem niezwłocznie powiadomić Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kłomnicach.

.....

Czytelny podpis