*Załącznik nr 1B do umowy*





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

(miejscowość i data)

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

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu

lub opiekuna prawnego)

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

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

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością Pani/Pan .................................................................…...........…………………………………………... nie jest członkiem mojej rodziny\*, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

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

(podpis Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego)

*\*) Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.*

*Załącznik nr 1A do umowy*





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

(miejscowość i data)

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

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu

lub opiekuna prawnego)

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

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

(adres zamieszkania)

**DEKLARACJA**

**Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością**

Ja, ………………………………………………………………………………………. Uczestnik Programu/ opiekun prawny Uczestnika wskazuję Panią/Pana ………………………………………………… ………………………………….………………………………………………………………………………

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach ww. Programu oraz oświadczam, iż osoba ta jest przygotowana do realizacji usług asystencji osobistej.

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

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)