

Oświadczenie o braku pokrewieństwa pomiędzy uczestnikiem a wskazanym asystentem

Niniejszym oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent.....

(imię i nazwisko)

nie jest członkiem mojej rodziny – wstępnym oraz zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem,
wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą,
ojczymem

oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia ze
mną.

.....

(Czytelny podpis kandydata na uczestnika lub opiekuna)

Oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami i warunkami udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Ja niżej podpisany/podpisana

(imię i nazwisko)

oświadczam, że zapoznałem/am się z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz Regulaminem określającego zasady przyjmowania zgłoszeń i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w gminie Miasto Sieradz i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Zobowiązuję się poinformować o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej), nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....

(Czytelny podpis kandydata na uczestnika lub opiekuna)