

PROGRAM ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU
TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026

Imię i nazwisko opiekuna prawnego.....

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....

Adres świadczenia usługi.....

W związku ze złożonym wnioskiem na usługi dotyczące Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 świadczonej w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością wskazuję do wykonania usługi następującą osobę:

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

.....
Podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego

Jestem poinformowany/a, że w godzinach realizacji usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026r. poz. 639), usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub innych źródeł.

Zapoznałam się z informacjami dotyczącymi funkcjonowania i realizacji programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

.....
Podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego