



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Gminny Ośrodek  
Pomocy Społecznej  
w Zagnańsku



....., dnia .....

.....

Imię i nazwisko

.....

.....

Adres zamieszkania

**Oświadczenie Uczestnika Programu  
„Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Oświadczam, że:

obecnie nie korzystam

obecnie korzystam:

1. z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023r. poz. 901 ze zm.),
2. z usług, o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”,
3. z usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych z innych źródeł.

Szczegółowy wykaz usług wymienionych w punkcie ....., z których korzystam w miesiącu .....

Data realizacji usługi	Godziny realizacji usługi	Kategoria usługi (1, 2, 3)	Organizator usług

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis uczestnika Programu  
/opiekuna prawnego uczestnika Programu)