



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU SOLIDARNOŚCIOWEGO

KARTA ZGŁOSZENIOWA

na świadczenie usługi Asystenta do Programu: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

I. Dane:

Imię i nazwisko Asystenta:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani nie zamieszkuję razem z osobą z niepełnosprawnościami, nad którą będę sprawował/a asystenturę,

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, iż realizacja zadania nastąpi po podpisaniu umowy pomiędzy Ośrodkiem Pomocy Społecznej a Urzędem Wojewódzkim. **Natomiast wypłata świadczeń po otrzymaniu dotacji z Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.**

W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług.

Miejscowość, data

.....
(Podpis Asystenta Programu)