Krośniewice, dnia ………………..

……………………………

(Imię i nazwisko)

……………………………

(Adres zamieszkania)

99-340 Krośniewice

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystenta osobistego nie będą świadczone wobec mnie usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogicznie wsparcie.

……………………………………

(podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego)