



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Krośniewice, dnia

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

99-340 Krośniewice

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą świadczone wobec mnie usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowie w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogicznie wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 17 Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej finansowane ze środków publicznych.

.....

(podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego)