



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Krośniewice, dnia

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

99-340 Krośniewice

OŚWIADCZENIE

W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystencji osobistej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez gminę Krośniewice, która realizuje Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, świadczonych usług asystencji osobistej.

.....

(podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego)