załącznik nr 1 do karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby
 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

**Oświadczenie**

…………………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko)

Oświadczam, że w 2024 r. korzystam z następujących form wsparcia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rodzaj usługi** | **liczba godzin w miesiącu** | **realizator** | **ponoszona****odpłatność Tak lub Nie** | **uwagi** |
| **Usługi asystenckie** |  |  |  |   |
| **Usługi opiekuńcze** |  |  |   |   |
| **Specjalistyczne usługi opiekuńcze** |  |  |   |   |
| **Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi** |  |  |   |   |
| **Inne jakie?** |  |  |   |   |

Zostałem poinformowany, że mój wniosek o przyznanie usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 zostanie rozpatrzony niezwłocznie po wyłonieniu operatora usług asystenckich w otwartym konkursie ofert.
O przyznaniu lub nieprzyznaniu usług asystenckich oraz danych realizatora zostanę poinformowany listem zwykłym wysłanym na adres wskazany w Karcie zgłoszenia do Programu.

 Lublin, dnia ……………………………………………………………...

 (data i podpis)