

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. dane zawarte w Karcie zgłoszenia są zgodne z prawdą i jestem świadomy/-a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji;
2. zostałem/-am poinformowany/-a, że Program Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023 realizowany jest ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych;
3. w przypadku zmiany miejsca zamieszkania - dziecko niepełnosprawne /osoba niepełnosprawna korzystała / nie korzystała* z usług asystencji osobistej, świadczonych przez:
....., w następującym zakresie i wymiarze:
.....;
4. dziecko niepełnosprawne / osoba niepełnosprawna korzystała / nie korzystała* z innych programów wsparcia finansowanych z Funduszu Solidarnościowego między innymi: opieki wychowawczej, asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej , opieka 75 plus lub innych programów tego typu:
.....ww roku
5. w przypadku zmian mających wpływ na prawo do pomocy w formie korzystania z programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Sulechowie;
6. zapoznałem się z Regulaminem Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2023,
7. zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

***niepotrzebne skreślić**

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)