|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE O SYTUACJI OSOBY Z NIEPELNOSPRAWNOŚCI**Ą | |
| **Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany z funduszu solidarnościowego** | |
| Dane osoby z niepełnosprawnością, której oświadczenie dotyczy | |
| Imię i nazwisko: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Dane przedstawiciela ustawowego niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna prawnego osoby z niepełnosprawnością składających niniejsze oświadczenie za tą osobę. | |
| Imię i nazwisko |  |
| Status względem osoby z niepełnosprawnością | przedstawiciel ustawowy\* (\_\_)  opiekun prawny\* (\_\_)  (\*) zaznaczyć x przy odpowiednim zapisie |
| Nr tel: |  |
| Dane dotyczące sytuacji osoby z niepełnosprawnością | |
| Potrzeby (oczekiwania) osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do wsparcia w ramach asystencji osobistej | |
| Określenie poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością | |
| Wskazanie możliwości uzyskania przez osobę z niepełnosprawnością wsparcia/pomocy ze strony innych osób | |
| Data złożenia oświadczenia: ………………………………… | |
| Podpis osoby składającej oświadczenie (odpowiednio osoby z niepełnosprawnością działającej samodzielnie, jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego): ……………………………………….. | |