



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej
Pani/Pan **nie jest** członkiem mojej rodziny, nie jest
moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....
(podpis Uczestnika Programu)