Oświadczenie na potrzeby realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020-2021

1. Znając potrzeby swojej osoby / mojego dziecka /\* wskazuję na asystenta osobistego Panią/Pana ………………………………………….

2. Pobieram/nie pobieram świadczenie pielęgnacyjne\*.

Data:

Imię i nazwisko wypełniającego:

\*Niepotrzebne skreślić