

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 zostaną poinformowany listem zwykłym wysłanym na adres wskazany w Karcie zgłoszenia do Programu.

Lublin, dnia

(data i podpis)