

Olesno, data.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

**DEKLARACJA w ramach usług asystencji osobistej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

1. W godzinach realizacji usługi Programu „Asystent Osobisty Osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024 świadczone są inne formy pomocy usługowej

a) tak      b) nie

2. Jak tak to jakie?

a) usługi opiekuńcze

b) specjalistyczne usługi opiekuńcze

c) usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego

d) inne źródła.....

Proszę podać czas wykonywania wyżej wymienionych usług w celu dostosowania grafiku:

dzień tygodnia	od godziny	do godziny
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Sobota		
Niedziela		

.....  
(podpis osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego)