



Olesno, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

### WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi ..... godzin usług w ramach programu „Asystent Osobisty Osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024.

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