

## OSOBA OBJĘTA USŁUGĄ ASYSTENTA (AOON 2024)

Imię i nazwisko beneficjenta

Czy osoba objęta usługą/ rodzic/opiekun prawny chce wskazać osobę pełniącą usługę asystenta osoby niepełnosprawnej?

Tak

Nie

Jeśli zaznaczono TAK proszę podać:

1) Imię i nazwisko, nr telefonu osoby wskazanej

2) Proszę podać datę od kiedy wskazana osoba rozpocznie pracę asystenta osoby niepełnosprawnej (nie wcześniej niż marzec)

Usługę asystenta mogą pełnić osoby wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że nie są członkami rodziny osoby niepełnosprawnej. Na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyrna oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

Dokumenty dodatkowe: Oświadczenie do celów podatkowych i ubezpieczeniowych do ZUS dla asystenta zostaną przesłane do wskazanej osoby w przypadku zakwalifikowania Pani/ a do projektu

**Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent jest przygotowany do realizacji wobec mnie/podopiecznego usług asystencji osobistej.**

Podpis osoby objętej usługą AOON/rodzica/opiekuna prawnego/osoby wnioskującej