**OŚWIADCZENIE**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025**

Ja, niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………………………………..…………….

*(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)*

Zamieszkały/a ………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(ulica, numer budynku, lokalu, kod, miejscowość)*

**PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE KRZYŻYKIEM**

1) Złożyłem wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia i otrzymałem świadczenie wspierające **Tak ☐ / Nie ☐**

2) Złożyłem wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia i nie otrzymałem świadczenia wspierającego **Tak ☐ / Nie ☐**

z powodu ………………………………………………………………………………………………………………………………..

 …………………..…………………………….

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie bądź opiekuna prawnego)