Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego Miejscowość, data

.....

Adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego

.....

Numer telefonu rodzica / opiekuna prawnego

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ*

Oświadczam, że akceptuję Pana/Panią

.....,

(Imię i nazwisko asystenta)

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz mojego dziecka/podopiecznego

.....

(Imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością - do 16 roku życia)

.....

(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)

* w przypadku sprawowania opieki prawnej nad dzieckiem z niepełnosprawnością - do 16 roku życia, należy załączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego ustanowienie opieki prawnej

Program "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
realizowany jest przy wsparciu finansowym ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.
Kwota dofinansowania: 84 848,70 zł