



Jelenia Góra, dnia

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, deklarując udział w zadaniu realizowanym w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami dla Organizacji Pozarządowych” – edycja 2026, oświadczam, że (niewłaściwe skreślić):

1. jestem / nie jestem osobą zamieszkującą samotnie.
2. otrzymuję / nie otrzymuję wsparcia z instytucji pomocy społecznej (w szczególności usługi opiekuńcze lub asystenckie).

Rodzaj wsparcia i instytucja:

3. otrzymuję / nie otrzymuję usług asystenckich w ramach zadań realizowanych przez inne organizacje pozarządowe finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Nazwa organizacji:

Okres świadczenia usług:

Wymiar godzinowy miesięcznie:



**Karkonoski Sejmik
Osób Niepełnosprawnych**
Organizacja pożytku publicznego

Adres korespondencyjny:
ul. Osiedle Robotnicze 47a
58-506 Jelenia Góra

Kontakt:
biuro@kson.pl
+48 75 75 24 254
www.kson.pl

Łącznie:

4. otrzymuję / nie otrzymuję usług asystenckich lub opiekuńczych finansowanych z innych środków publicznych lub prywatnych (JST, PFRON, NFZ, fundacje, UE itp.).

Źródło finansowania:

Realizator usługi:

Okres świadczenia usług:

Wymiar godzinowy miesięcznie:

Łącznie:

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

Miejscowość, data:

Czytelny podpis: