Zadanie publiczne sfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego.

Kijanka dnia, ……..r.

……
(Imię i nazwisko **odbiorcy/czyni programu)**

…….
(adres zamieszkania)
…….
(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU I AKCEPTACJI ASYSTENTA

Wskazuję i akceptuję niżej wymienioną osobę do pełnienia dla mnie funkcji asystenta osobistego:

Imię i nazwisko asystenta/ki

…….

Telefon asystenta:…….

E-mail asystenta:

…….

Oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej oraz mam świadomość, że wybrana przeze mnie osoba nie musi posiadać udokumentowanych kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub minimum 6 miesięcznego udokumentowanego doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością.

…….
(podpis kandydata/uczestnika programu)