Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

……
(Imię i Nazwisko)

……

……
(Adres)

OŚWIADCZENIE
do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027

Oświadczam, że:

1. ☐ będę korzystać z kosztów:

☐ zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu,
☐ przejazdu asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu - własnym asystenta/udostępnionym przez osobę trzecią środkiem transportu
☐ przejazdu asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu - innym środkiem transportu np. taksówką oraz
☐ kosztów zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi

2. ☐ nie będę korzystać z w/w kosztów

…… ……
(miejscowość i data) (podpis Uczestnika Programu)