

(Imię i nazwisko uczestnika programu)

(adres zamieszkania)

(numer telefonu)

## **AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA OSOBISTEGO DLA DZIECKA PONIŻEJ 16 ROKU ŻYCIA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023, realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na podstawie umowy z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej.

ja niżej podpisany/a akceptuję Pana/Panią:

**Imię i nazwisko:**

**Adres zamieszkania:**

**Telefon:**

**E-mail:**

jako asystenta osobistego dla:

.....

(Imię i nazwisko niepełnosprawnego dziecka poniżej 16 roku życia)

Jednocześnie oświadczam, że ww. asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest opiekunem prawnym, nie zamieszkuje razem ze mną i nie jest członkiem mojej rodziny\*

.....

**(podpis uczestnika projektu /opiekuna prawnego)**

\*za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem programu