 

**Deklaracja uczestnictwa   
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”-edycja 2025**

**Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………….. deklaruję uczestnictwo w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”-edycja 2025, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, którego realizatorem   
będzie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych ,,Razem”.**

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. posiadam ważne orzeczenie:

* o znacznym stopniu niepełnosprawności (z niepełnosprawnością sprzężoną),
* o znacznym stopniu niepełnosprawności,
* o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (z niepełnosprawnością sprzężoną),
* o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
* traktowane na równi z ww. orzeczeniami, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn.zm.)[[1]](#footnote-1);

1. zapoznałem(-łam) się z treścią Programu i w pełni ją rozumie;
2. będę korzystał(a) z usług asystenta:
3. którego wskaże osobiście, spełniającego warunki określone w rozdz. IV pkt. 5 Programu;
4. przydzielonego przez Realizatora Programu[[2]](#footnote-2)
5. w przypadku zakwalifikowania mnie do Programu złożę kartę zgłoszeniową wraz z wymaganymi załącznikami w ustalonym terminie.

……………………………… ………………………………………………..

(Miejscowość i data) (Podpis uczestnika Programu)

1. Właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)