…………………....................................

 (miejsce i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika)

.................................................................

(ulica)

.................................................................

(kod pocztowy, miejscowość)

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIENIU DODATKOWYCH KRYTERIÓW UCZESTNICTWA**

Przystępując do programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” oświadczam, że spełniam następujące kryteria preferencyjne do udziału w programie:

1. jestem osobą z niepełnosprawnościami samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

 TAK NIE \*

1. jestem osobą z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnościami, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

TAK NIE \*

…………………………………………………………………………………………

(podpis Uczestnika lub Opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić