

**Wskazanie asystenta do przystąpienia do Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022”**

Znając potrzeby swojej osoby / mojego dziecka^{*)}, wskazuję na asystenta osobistego

Panią/Pana

.....

oraz potwierdzam, że świadczył/a on/a usługi asystenckie na rzecz mojej osoby / mojego
dziecka^{*)} w okresie oddo

Data:

.....

czytelny podpis wypełniającego

^{*)} Niepotrzebne skreślić