



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
(miejscowość, data)

.....

.....

.....

PESEL:.....
(dane osoby z niepełnosprawnością z adresem i nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na weryfikację danych dotyczących sytuacji życiowej oraz korzystania z różnych form pomocy dla osoby z niepełnosprawnością przez pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Prudniku we właściwych instytucjach, w tym Ośrodku Pomocy Społecznej gminy, w której zamieszkuję w celu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

.....
(podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna ustawowego/opiekuna prawnego)