



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

(pieczęć organu prowadzącego)

ZGODA PODOPIECZNEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO NA WYKONYWANIE USŁUG PRZEZ OSOBĘ WSKAZANĄ, KTÓRA MA ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko podopiecznego/opiekuna prawnego: _____

Data urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

wyrażam zgodę na wykonywanie usług asystenta osoby niepełnosprawnej przez:

Imię i nazwisko osoby wskazanej: _____

Numer PESEL / dowodu osobistego: _____

Adres zamieszkania osoby wskazanej: _____

Zgoda ta obejmuje świadczenie usług w zakresie:

- Pomocy w codziennych czynnościach (np. higiena, ubieranie, karmienie)
- Towarzyszenia i wsparcia w aktywnościach dnia codziennego
- Wsparcia w nauce lub rehabilitacji (jeśli dotyczy)
- Inne uzgodnione czynności: _____

Oświadczam, że powyższa osoba jest mi znana, a jej zaangażowanie w świadczenie usług jest dla mnie akceptowalne.

Zgoda ta obowiązuje od dnia: ____ / ____ / ____ do dnia: ____ / ____ / ____.

Podpis podopiecznego: _____

Data: ____ / ____ / ____

Podpis osoby wskazanej do świadczenia usług: