



Karta zgłoszeniowa do Programu finansowanego
z Funduszu Solidarnościowego
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek
Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

Imię i Nazwisko osoby niepełnosprawnej

Adres:

Telefon:

Stopień niepełnosprawności

Ilość symboli na orzeczeniu.....

Na swojego asystenta proponuję:

Pana / Panią

.....

Data i podpis osoby niepełnosprawnej