



## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że korzystam / nie korzystam\* z godzin asystencji osobistej w ramach programu/projektu:

.....

Liczba godzin, jaką wykorzystuję w miesiącu wynosi:

.....

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że ilość godzin usług asystenckich na jednego beneficjenta w miesiącu nie może przekroczyć liczby 60.