Załącznik nr 4

 do Regulaminu realizacji i naboru do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby

 z niepełnosprawnością” *dla Jednostek*

*Samorządu Terytorialnego* – edycja 2024

przez Miejsko-Gminny Ośrodek

Pomocy Społecznej w Żurominie



**UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisana/y …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o usługi asystenta osobistego
 osoby z niepełnosprawnością

zamieszkały/a ………………………………….…....................................................................................................

kod pocztowy , miejscowość , ulica

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

legitymujący/a się dowodem osobistym ……………………………………………………………………………………………..

 Seria i numer

wydanym przez…………………………………………………………………………………………………………….………………………

Upoważniam Pana/Panią ……………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko

zamieszkały/a………………………………….….....................................................................................................

kod pocztowy , miejscowość , ulica

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

legitymujący/a się dowodem osobistym ……………………………………………………………………………………………

 Seria i numer

wydanym przez…………………………………………………………………………………………………………….………………………

do załatwiania spraw związanych z chęcią przystąpienia przeze mnie do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego **-**edycja 2024 przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żurominie , w tym też do podpisywania w moim imieniu wszelkiej dokumentacji związanej z realizacją w/w programu.

Żuromin dnia ……………………………………. ………………………………………………………………………

 podpis osoby wydającej upoważnienie