



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

**Karta zgłoszeniowa do Programu finansowanego z Funduszu
Solidarnościowego**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025**

Imię i Nazwisko osoby niepełnosprawnej

Adres:

Telefon:

Stopień niepełnosprawności

Na swojego asystenta proponuję:

Pana / Panią

.....

Data i podpis osoby niepełnosprawnej