



Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 - wsparcie finansowe ze środków pochodzących z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych

FORMULARZ NABORU DO PROGRAMU

Nazwa i adres

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej
Ul. Józefa Marka 9
34-600 Limanowa

Udział w naborze do Programu : „*Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej*”

1. Imię, nazwisko i adres ASYSTENTA/ Nazwa pomiotu dysponującego osobami do wykonania zadania

.....
.....
.....
.....
tel. kontaktowy:.....



(pieczęć)

2. Deklaruję wykonanie dla:

☐ - 3 osoby z terenu Gminy Mszana Dolna

☐ - 1 osoba z terenu Gminy Niedźwiedź

☐ - 1 osoba z terenu Miasta Mszana Dolna

☐ - 1 osoba z terenu Miasta Limanowa

3. Oświadczam, że:

- ☐ 1) Zapoznałem/am się z zasadami naboru do Programu i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
- ☐ 2) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie wymagane do pełnienia roli asystenta (dot. osoby, która samodzielnie będzie wykonywała usługi asystenta),
- lub**
- ☐ dysponuję osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia oraz osobami, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, (dot. podmiotu dysponującego osobami do wykonania zadania),
- ☐ 3) uzyskałem zgodę wszystkich osób fizycznych, których dane są zawarte w ofercie,

4. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

- 1) Załącznik nr 1 – klauzula ochrony danych osobowych (klauzula informacyjna RODO)
- 2) Załącznik nr 2 – oświadczenie
- 3) Załącznik nr 3 – oświadczenie
- 4) Załącznik nr 4 – oświadczenie
- 5) Załącznik nr 5 – oświadczenie

..... dn.

.....
*podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania*



(pieczęć)