



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

.....
.....
.....
(imię i nazwisko oraz adres)

Kwilcz, dnia

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kwilczu
ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 23
64-420 Kwilcz**

Wyrażam chęć udziału w programie resortowym "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 w ramach prowadzonej diagnozy potrzeb.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż wyrażona przeze mnie chęć udziału w w/w programie nie jest zgłoszeniem do Programu.

.....
(data i podpis)