



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



*Zadanie realizowane w ramach programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego*

*Załącznik nr 3 do Regulaminu realizacji  
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026  
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Kostrzynie nad Odrą*

Kostrzyn nad Odrą, .....

Znak sprawy: .....

**Pan/Pani**

.....

**INFORMACJA O NIEZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU  
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

W związku ze złożonym przez Pana/Panią wnioskiem w formie karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, który wpłynął do Ośrodka dnia ..... - Ośrodek Pomocy Społecznej w Kostrzynie nad Odrą informuje, że nie został Pan/Pani zakwalifikowany/a do uczestnictwa w w/w Programie.

Uzasadnienie odmowy kwalifikacji:

.....  
.....  
.....

.....

(podpis i pieczęć)