



PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” - DLA JEDNOSTEK

SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z INNYCH FORM WSPARCIA

Ja, niżej podpisany/a.....
oświadczam, że osoba niepełnosprawna
nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

1. stale przebywa w domu
 - TAK
 - NIE
2. korzysta z ośrodka wsparcia, np. ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy), dzienny dom pomocy, klub samopomocy; inne (jakie?).....
 - TAK
 - NIE
3. korzysta z placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno - wychowawczego, internatu; inne (jakie?).....
 - TAK
 - NIE
4. uczęszcza do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno - wychowawczy; inne (jakie?)
 - TAK
 - NIE
5. jest uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej
TAK
 - NIE
6. korzysta z innych form pomocy usługowej w tym z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.) lub innych usług finansowanych ze środków Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych
 - TAK (jakich?)
 - NIE

Ponadto oświadczam, że:
Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(podpis)



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej