

**PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025**

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE 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, studia ; 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 2024 r. poz. 1283, 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

Oświadczam, że jestem:

1. osobą pracującą

TAK

NIE

2. osobą uczącą się

TAK

NIE

3. osobą studiującą

TAK

NIE

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. ¹⁾

.....

(miejscowość)

.....

(data: dd/mm/rrrr)

.....

(podpis)

¹⁾ art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”