Świecie, dnia …………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Uczestnika Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023 r.

realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Świeciu.

Oświadczam, że obecnie\*:

1. korzystam/nie korzystam: z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,
o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2021. poz. 2268);
2. korzystam/nie korzystam z usług o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny
i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa”;
3. korzystam/nie korzystam z usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych
z innych źródeł;
4. korzystam/nie korzystam z innych form pomocy (uczestnictwo w zajęciach WTZ, ŚDS, DDP itp);…………………………………………………………………………………….
5. pobierane/nie pobierane jest na mnie świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekunów;
6. mam/nie mam możliwości pomocy ze strony rodziny/instytucji;
7. mieszkam samodzielnie/mieszkam z pozostałymi członkami rodziny;
8. W przypadku korzystania z innych form pomocy prosimy o wymienienie formy wsparcia:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………..

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić