

## PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023

### 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; 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 2021 r. poz. 2268, 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. <sup>1)</sup>

.....

(miejsowość)

.....

(data: dd/mm/rrrr)

.....

(podpis)

<sup>1)</sup> 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”