

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
1. **korzysta z placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno – wychowawczego, internatu,** inne (jakie?) …………………...……………………………………………………………………………………………………………….
	* TAK
	* NIE
2. **uczęszcza do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek** **rewalidacyjno – wychowawczy**, inne (jakie?)

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

* + TAK
	+ NIE
1. **jest uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej**
	* TAK
	* NIE
2. **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 1

………………………………..……… ……………………………………………….. (miejscowość, data) (Podpis członka rodziny/opiekuna
 osoby z niepełnosprawnością)

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”