**OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA**

Ja, niżej podpisany/a…………………………………………………………………………………………………………………………..

oświadczam, że osoba niepełnosprawna ……………………………………………………………………………………………

nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

* Stale przebywa w domu
* Tak
* Nie
* 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
* Korzysta z placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolono – wychowawczego, internatu; inne (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………….

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

* Tak
* Nie
* Uczęszcza do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno – wychowawczy; inne (jakie?)………………………………………………………………………….

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

* Tak
* Nie
* Jest uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej
* Tak
* Nie
* Korzysta z innych form pomocy usługowej w tym 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 poźn. zm.) lub innych usług finansowanych ze środków Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych
* Tak (jakich?) ……………………………………………………………………………………………………………..
* Nie
* Inne
* Tak (jakich?) ……………………………………………………………………………………………………………..
* Nie

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

(miejscowość i data) (podpis)