



Oświadczenie członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością

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 późn. zm.) lub innych usług finansowanych ze środków Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych

Tak Nie

Jeśli tak to jakich?.....

- Jako członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jestem nieaktywny zawodowo i mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością

Tak Nie

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis)