



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Program finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych

„Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2021

.....
imię i nazwisko

Załącznik nr 1 do karty zgłoszenia do
Programu „Asystent Osobisty osoby
niepełnosprawnej” – edycja 2021

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że na dzień złożenia Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krościenku Wyżnym:

1. **korzystam** \ **nie korzystam*** **z:** (zaznacz X przy właściwym)

- usługi opiekuńczej lub specjalistycznej usługi opiekuńczej, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 ze zm.),
- usługi finansowanej w ramach Funduszu Solidarnościowego,
- usługi obejmującej analogiczne wsparcie jak w ramach Programu asystent osobisty osoby niepełnosprawnej finansowane z innych źródeł,
- inne usługi wymień jakie;

w liczbie godzin/ na m-c,

w dniach

godzinach.....

2. **jest** \ **nie jest*** pobierane świadczenie pielęgnacyjne z tytułu sprawowania opieki przez rodziców/opiekunów

W przypadku zmiany powyżej przedstawionej informacji zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krościenku Wyżnym; tel. 13 43 153 00, e-mail: gopsk@kroscienkowyzne.eu najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany.

Niniejsze oświadczenie składam pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto, składając zeznanie 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.”

.....
data i czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić