

**OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA UCZESTNIKA PROGRAMU**

Ja niżej podpisany/a .....

Oświadczam, że osoba niepełnosprawna .....

Nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę:

1. Stale przebywa w domu:  Tak       Nie
  
2. Korzysta z ośrodka wsparcia, np. ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowy dom pomocy samopomocy lub klub samopomocy), dzienny dom pomocy społecznej, inne jakie?  Tak       Nie  
.....
3. Korzysta z placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego, inne jakie?  Tak       Nie  
.....
4. Uczęszcza do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy, inne jakie?  Tak       Nie  
.....
5. Uczęszcza na warsztaty terapii zajęciowej:  Tak       Nie
6. Korzysta z usług asystencji osobistej w ramach realizacji Programu „**Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością**” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 , **Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością**” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 dofinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  Tak       Nie przyznanych w .....  
.....(nazwa instytucji) w wymiarze ..... (wpisać liczbę godzin)

.....  
Data i podpis Uczestnika Programu