

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z INNYCH FORM WSPARCIA

Ja niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

Oświadczam, że osoba niepełnosprawna

.....

(imię nazwisko)

Zamieszkały/a.....

Nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę:

1. Stale przebywa w domu: **Tak** ☐ / **Nie** ☐
2. Korzysta z usług realizowanych na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej wskazanych poniżej:
 - Usługi opiekuńcze - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
 - Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
 - Usługi sąsiedzkie - **Tak** ☐ / **Nie** ☐
3. 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** ☐
.....
2. Korzysta z placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego, inne jakie? **Tak** ☐ / **Nie** ☐
.....
3. Uczęszcza do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy, inne jakie? **Tak** ☐ / **Nie** ☐
.....
4. Uczęszcza na warsztaty terapii zajęciowej: **Tak** ☐ / **Nie** ☐
5. Korzysta z usług asystencji osobistej w ramach realizacji Programu „**Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością**” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026, **Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością**” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 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