

### OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA

Ja, niżej podpisany/a.....  
oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością .....  
nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

1. stale przebywa w domu

- TAK
- NIE

2. 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

3. korzysta z placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno - wychowawczego, internatu; inne (jakie?)

- .....
- TAK
  - NIE

4. uczęszcza do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno - wychowawczy; inne (jakie?)

- .....
- TAK
  - NIE

5. jest uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej

- TAK
- NIE

