

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

6. korzysta z innych form pomocy usługowej w tym z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub innych usług finansowanych ze środków Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych (jakich)

.....

- TAK
- NIE

1. Krótki opis sytuacji rodziny:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ponadto oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica / opiekuna)