



Zamość, dnia

.....
(Imię i Nazwisko osoby zainteresowanej)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że w 2024 roku (właściwe zaznaczyć):

korzystam bądź złożyłem/łam wniosek o przyznanie usług opieki wytchnieniowej dla opiekuna osoby niepełnosprawnej w ramach programów/projektów realizowanych przez inne jednostki lub organizacje:

Lp.	Jednostki samorządu terytorialnego i organizacje pozarządowe	Korzystam – liczba godzin przyznanych usług	Złożyłem/łam wniosek (tak/nie)
1.	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu		
2.	Miejskie Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu		
3.	Miejsko – Gminny lub Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w (właściwy dla miejsca zamieszkania)		
4.	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną. Koło w Zamościu (PSONI)		
5.	Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem” w Zamościu		
6.	Inne, jakie:		

nie korzystam z usług opieki wytchnieniowej w ramach programów/projektów

korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej/usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego/usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł tj. **zajęć organizowanych przez placówki pobytu dziennego m. in. WTZ i ŚDS, usługi asystencji osobistej**

Proszę wpisać jakie są to usługi i w jakim wymiarze:

.....
 nie korzystam z ww. usług.

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”*

.....
(Podpis osoby zainteresowanej udziałem w Programie/opiekuna prawnego)

*Art. 233 Kodeksu Karnego - § 1. 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.