

Halinów dnia.....

.....  
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....  
imię i nazwisko opiekuna prawnego

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów finansowanych z innych źródeł;

.....  
(proszę podać ilość godzin miesięcznie świadczonej pomocy przez asystenta w ramach innych programów)

nie korzystam z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach programów finansowanych z innych źródeł;

korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane z innych źródeł.

.....  
(proszę wskazać usługi i podać ilość godzin miesięcznie świadczonej pomocy)

nie 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.

Czy w celu sprawowania opieki nad uczestnikiem Programu zostało przyznane świadczenie pielęgnacyjne.

TAK       NIE

.....  
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Proszę wstawić znak X jeżeli dotyczy