Załącznik nr 2 do Regulaminu

Iwonicz-Zdrój, dnia …………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 r. realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Iwoniczu-Zdroju

Oświadczam, że obecnie:

1.korzystam/nie korzystam: z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,
o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2023. poz. 901 z późn. zm.);

2. korzystam/nie korzystam z usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych
z innych źródeł;

3. korzystam/nie korzystam z innych form pomocy (uczestnictwo w zajęciach WTZ, udział
w zajęciach organizowanych przez Caritas, udział w zajęciach w Dziennym Domie Pobytu dla
Seniorów, itp);

4. pobierane/nie pobierane jest na mnie świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekunów;

5. mam/nie mam możliwości pomocy ze strony rodziny/instytucji;

6. mieszkam samodzielnie/mieszkam z pozostałymi członkami rodziny.

W przypadku korzystania z innych form pomocy prosimy o wymienienie formy wsparcia:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………..

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić