Krobia, .......................................

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

imię i nazwisko uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego

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

PESEL uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego

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

adres zamieszkania uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że obecnie nie korzystam/korzystam\* z:

1. usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej ……………………………………………………………………………………

(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku pozostawienia „korzystam”)

1. usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego ……………………………………………………………………………………

(wpisać dni i godziny świadczonych usług w przypadku pozostawienia „korzystam”)

1. usług obejmujących analogiczne wsparcie o którym mowa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 realizowanego w ramach Funduszu Solidarnościowego, finansowane z innych źródeł. ……………………………………………………………………………………

(wpisać dni, godziny i rodzaj świadczonych usług w przypadku pozostawienia „korzystam”)

**Pouczenie   
*Zgodnie z art. 233. § 1 kodeksu karnego - 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 do lat 8.***

***§ 2 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie”.***

……………………………………………………….

Podpis osoby składającej oświadczenie

………………………., dnia………………

(miejscowość)

(\*) – niewłaściwe skreślić