Pakosław, dn. .......................................

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

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 z niepełnosprawnością” – edycja 2025 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 od 6 miesięcy do lat 8”***

…………………………………………

Podpis osoby składającej oświadczenie

………………..………., dnia……...…………

(miejscowość)

(\*) – niewłaściwe skreślić