

Skarżysko-Kamienna,

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

.....
Adres zamieszkania

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ O INDYWIDUALNEJ SYTUACJI I KORZYSTANIU ZE WSPARCIA

<i>Oceń</i> – wstaw „X” przy właściwym określeniu	TAK	NIE
Osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę stale przebywa w domu		
Osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę korzysta z ośrodka wsparcia, np. ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy), dzienny dom pomocy, klub samopomocy; inne jakie?		
Osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę korzysta z placówek pobytu całodobowego np. ośrodka szkolno-wychowawczego, internatu i innych, jakich ?		
Osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę uczęszcza do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy; inne jakie?		
Osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę uczestniczy w warsztatach terapii zajęciowej		
Osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę objęta jest wsparciem w formie usług opiekuńczych /usług obejmujących analogiczne wsparcie		
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności <i>(Jeśli tak, proszę dołączyć kserokopię do wniosku)</i>		
Jestem jedynym opiekunem sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością <i>Jeśli zaznaczył Pan/Pani NIE proszę podać kto pomaga w opiece nad osobą z niepełnosprawnością</i>		
Jestem osobą nieaktywną zawodowo i mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opieki nad osobą z niepełnosprawnością		
Jestem osobą sprawującą opiekę nad innymi osobami z niepełnosprawnościami zamieszkującymi we wspólnym gospodarstwie domowym		
Jestem osobą sprawującą opiekę nad innymi osobami nie posiadającymi orzeczenia o niepełnosprawności zamieszkującymi we wspólnym gospodarstwie domowym		

Pobieram świadczenie pielęgnacyjne na rzecz osoby na którą ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej		
Osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę pobiera świadczenie wspierające		
Osoba z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę objęta jest wsparciem asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026		

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.¹

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

¹ art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania 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