Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Rawicz, ...

.....

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")

2. usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego

   ……

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

3. usług obejmujących analogiczne wsparcie o którym mowa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
4. 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