Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Oświadczenie**

**do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

1. Czy korzysta Pan/i z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.)?

**Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

1. Czy korzysta Pan/i z usług, o których mowa w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” w innej jednostce?

**Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

1. Czy pobierane jest świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania nad Panem/ią opieki?

**Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

1. Czy korzysta Pan/i z usług środowiskowych domów samopomocy?

**Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

1. Czy uczęszcza Pan/i na warsztaty terapii zajęciowej?

**Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

1. Czy korzysta Pan/i z usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych/ finansowanych z innych źródeł?

**Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

Jeśli tak to z jakich usług? ………………………………………………………………………..………..

Miejscowość ……….…………….……, data …………….…….…. ……….…………………..……….…..………………
  *(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*