# **Program „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA**

Ja, niżej podpisany/a…………………………………...………………………………………………

oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością……………………….…………………..

nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

1. stale przebywa w domu

TAK

NIE

1. 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?) ……………………………………………………………………

TAK

NIE

1. korzysta z placówek pobytu całodobowego,   
   np. ośrodka szkolno–wychowawczego, internatu; inne (jakie?) …………………...……………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………

TAK

NIE

1. uczęszcza do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno–wychowawczy; inne (jakie?)

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

TAK

NIE

1. jest uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej

TAK

NIE

1. korzysta z innych form pomocy usługowej w tym z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.) lub innych usług finansowanych ze środków Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych

TAK (jakich?) ………………...……………………………………………………………..

NIE

## Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.[[1]](#footnote-1)

………………………. ………………………… ………………………….

(miejscowość) (data: dd/mm/rrrr) (podpis)

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. [↑](#footnote-ref-1)