



Załącznik nr 2 do Regulaminu

Mińsk Mazowiecki, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 r. realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mińsku Mazowieckim

Oświadczam, że obecnie:

1. korzystam/nie korzystam: z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2023. poz. 901 z późn. zm.);
2. korzystam/nie korzystam z usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych z innych źródeł;
3. korzystam/nie korzystam z innych form pomocy (uczestnictwo w zajęciach WTZ, udział w zajęciach organizowanych przez Caritas, udział w zajęciach w Dziennym Domie Pobytu dla Seniorów, itp);
4. pobierane/nie pobierane jest na mnie świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekunów;
5. mam/nie mam możliwości pomocy ze strony rodziny/institucji;
6. mieszkam samodzielnie/mieszkam z pozostałymi członkami rodziny.

W przypadku korzystania z innych form pomocy prosimy o wymienienie formy wsparcia:

.....
.....
.....

.....
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić