

Police dn. ....

## OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA O INNYCH FORMACH WSPARCIA

Ja, niżej podpisany/a .....

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Zamieszkały/a .....

(ulica, numer budynku, lokalu, kod, miejscowość)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który za składanie fałszywych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności, oświadczam, co następuje:

Osoba niepełnosprawna nad którą sprawuje opiekę:

stale przebywa w domu i **nie korzysta** np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.

**korzysta** np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.

.....

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)