



**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

Zbójna, dnia .....

**OŚWIADCZENIE**

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024  
realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zbójnej

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan/i z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2023. poz. 901 z póź. zm.)?  
**Tak  / Nie**
2. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan/i z usług, o których mowa w Programie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024?  
**Tak  / Nie**
3. Czy w bieżącym roku kalendarzowym pobierane jest świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania nad Panem/ią opieki?  
**Tak  / Nie**
4. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan/i z usług środowiskowych domów samopomocy?  
**Tak  / Nie**
5. Czy w bieżącym roku kalendarzowym uczęszcza Pan/i na warsztaty terapii zajęciowej?  
**Tak  / Nie**
6. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan/i z usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych/finansowanych z innych źródeł?  
**Tak  / Nie**

Jeśli tak, to z jakich usług?

.....  
.....

.....  
podpis osoby/uczestnika Programu/opiekuna prawnego