

OŚWIADCZENIE

**Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023
realizowanego przez Powiat Świecki - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świeciu**

Oświadczam, że obecnie korzystam/nie korzystam¹:

1. z innych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021r., poz. 2268 ze zm.),
2. z usług, o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”,
3. usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych z innych źródeł.

Szczegółowy wykaz usług wymienionych w punkcie, z których korzystam w miesiącu

Data realizacji usługi	Godziny realizacji usługi	Kategoria usługi (1, 2, 3)	Organizator usług

.....
(miejsowość i data)

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

¹ Niepotrzebne skreślić (w przypadku korzystania z wymienionych usług należy wypełnić tabelę)