



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



## OŚWIADCZENIE

### Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie

Oświadczam, że obecnie korzystam/nie korzystam<sup>1</sup>:

- 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 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.),
- z usług, o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”.

Korzystam z usług wymienionych w pkt 1 / pkt 2, które są świadczone w następujących terminach i godzinach:

| Data realizacji usługi | Godziny realizacji usługi | Rodzaj świadczonej usługi (1, 2) | Organizator usług |
|------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------|
|                        |                           |                                  |                   |
|                        |                           |                                  |                   |
|                        |                           |                                  |                   |
|                        |                           |                                  |                   |
|                        |                           |                                  |                   |
|                        |                           |                                  |                   |
|                        |                           |                                  |                   |
|                        |                           |                                  |                   |
|                        |                           |                                  |                   |

.....  
(miejscowość i data)

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

<sup>1</sup>Niepotrzebne skreślić (w przypadku korzystania z wymienionych usług należy wypełnić tabelę)