Załącznik nr 2 do Regulaminu udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Bukowsko, dn. ................................................

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA O INNYCH FORMACH WSPARCIA**

Ja niżej podpisany/a .................................................................................................................................. (imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

zamieszkały/a …........................................................................................................................................ (ulica, numer budynku, numer lokalu, kod, miejscowość)

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu karnego, który za składanie fałszywych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, co następuje:

**osoba niepełnosprawna , nad którą sprawuję opiekę:**

 ◻ stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu

 ◻ korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno – wychowawczego czy internatu

 ..................................................................…..

 Podpis osoby składającej oświadczenie