

.....
(miejsowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

**Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020
realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Białej Podlaskiej**

Oświadczam, że obecnie korzystam/nie korzystam¹:

1. z 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.),

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.

.....
(miejsowość i data)

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

1) Niepotrzebne skreślić