

Pilzno, dnia

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
O KORZYSTANIU Z INNYCH FORM 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 z niepełnosprawnością, 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

Jestem jedynym rodzicem/opiekunem, samotnie zamieszkującym i sprawującym opiekę nad dzieckiem/ osobą z niepełnosprawnością TAK NIE

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie