**OŚWIADCZENIE**

**Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020**

**realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli**

Oświadczam, że obecnie korzystam/nie korzystam[[1]](#footnote-1):

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 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.

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

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

...............................................................

(miejscowość i data)

....................................................................................

(podpis Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego)

1. Niepotrzebne skreślić (w przypadku korzystania z wymienionych usług należy wypełnić tabelę) [↑](#footnote-ref-1)