Załącznik nr 2 do Regulaminu udziału w Programie
„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024
 Moduł I- usługi sąsiedzkie

Wiązownica, dn. ..................................

**OŚWIADCZENIE 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 8, oświadczam, co następuje:

• Korzystam z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy , warsztatów terapii zajęciowej

 tak nie

• Korzystam z programów finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego, np. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością „ dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024, „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024.

 tak nie

• Korzystam z usług opiekuńczych /specjalistycznych usług opiekuńczych o których mowa
w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023r. poz.901), z MOPS

 tak nie

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

 (Podpis osoby składającej oświadczenie)