

Bartoszyce, dn.....

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024r. realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bartoszyce

Imię i Nazwisko

Adres

Oświadczam, że:

	TAK	NIE
1. Korzystam z usług opiekuńczych w GOPS Bartoszyce?		
2. Byłem/byłam uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022?		
3. Byłem/byłam uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023?		
4. Byłem/byłam uczestnikiem Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2023?		
5. Uczęszczam do Środowiskowego Domu Samopomocy w Bartoszycach ?		
6. Jestem osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?		
7. Członek mojej rodziny jest uprawniony/a do świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu opieki nade mną?		

.....
Podpis

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2024 finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.