



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Gmina Miasto Krosno

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia - Oświadczenie uczestnika Programu/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego o korzystaniu z innych form wsparcia**

Krosno, dn.....

**Oświadczenie uczestnika/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
o korzystaniu z innych form wsparcia.**

Oświadczam, że obecnie korzystam/y / nie korzystam/y*:

- 1) z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2025. poz. 1214 z późn. zm.),
- 2) z usług, o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa”, „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”,
- 3) usług świadczonych w ramach programów współfinansowanych z innych źródeł,
- 4) innych form wsparcia tj. DDS+, ŚDS, PERSONI, OREW, inne (wskazać poniżej jakie?)

Szczegółowy wykaz usług wymienionych w punkcie, z których korzystam:

Data realizacji usług	Godziny realizacji usługi	Kategoria usługi (1,2,3,4)	Organizator usługi

.....
(podpis uczestnika Programu/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego)