

**Ośrodek Pomocy Społecznej**  
**ul. Raclawicka 19**  
**41-500 Chorzów**

Imię i nazwisko: .....  
adres: .....  
nr PESEL: .....  
**dane podopiecznego**  
Imię i nazwisko: .....  
adres: .....  
nr PESEL: .....

*Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł III*

### **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Uprowadzony(a) o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany(a) z treścią art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który brzmi:

***„Kto składa zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”***

1. Oświadczam, że posiadam/ podopieczny posiada\* aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zgodne z informacjami zawartymi we wniosku,
2. Oświadczam, że jestem/ podopieczny jest\*:
  - uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej;
  - uczestnikami środowiskowych domów samopomocy, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.);
  - podopiecznymi dziennych domów pomocy społecznej, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.);
  - podopiecznymi placówek rehabilitacyjnych, których działalność finansowana jest ze środków PFRON na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.);
  - uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorcza PFRON i w ramach tych programów korzystają ze wsparcia udzielanego przez placówki rehabilitacyjne;
  - pełnoletnimi (od 18 do 25 roku życia) uczestnikami zajęć rewalidacyjno-wychowawczych organizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (Dz. U. z 2013 r. poz. 529);
  - pełnoletnimi (od 18 do 24 roku życia) wychowankami specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych,

funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U z 2019 r. poz. 1148, z późn. zm.).\*

3. Oświadczam, że we wnioskowanym okresie nie otrzymałem(am) wypłaty dodatkowego zasiłku opiekuńczego – *(dotyczy osób zatrudnionych)*.
4. Oświadczam, że **jestem/podopieczny jest\*** uczestnikiem zajęć rehabilitacyjnych w placówce wymienionej powyżej w wymiarze ..... dni w ciągu tygodnia.
5. Oświadczam, że wystąpił brak możliwości korzystania z opieki w ww. placówce przez okres 5 kolejnych, następujących po sobie dni roboczych w każdym miesiącu, którego dotyczy wniosek.
6. Aktualnie **nie jestem/podopieczny nie jest\*** mieszkańcem placówki zapewniającej stałą opiekę całodobową (np. Dom Pomocy Społecznej).
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do poinformowania Realizatora programu o wszelkich zmianach mających wpływ na wypłatę środków (np. ponowne rozpoczęcie uczestnictwa w zajęciach rehabilitacyjnych).

**\*właściwe zaznaczyć**

.....

*Data i podpis wnioskodawcy*