

Radom, dnia

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI OSOBISTEJ OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA USŁUG WSPARCIA KRÓTKOTERMINOWEGO
W FORMIE POBYTU CAŁODOBOWEGO W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie.....

Adres zamieszkania:

seria i nr dowodu osobistego..... wydanego przez

Nr PESEL

Oświadczam, że:

- ze względu na wiek,
- chorobę,
- niepełnosprawność

wymagam doraźnej pomocy w formie pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej, ze względu na czasowe ograniczenie możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w moim miejscu zamieszkania przez osoby na co dzień sprawujące nade mną opiekę.

Oświadczam, że:

- 1) jestem/nie jestem osobą pełnoletnią,
- 2) jestem/nie jestem mieszkańcem domu pomocy społecznej*.

Przyczyna braku możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania przez osobę/y sprawującą/e na co dzień opiekę nad osobą ubiegającą się o świadczenie:

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

Główne jednostki chorobowe, na które leczy się osoba, ubiegająca się o przyznanie usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej:

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

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące osoby ubiegającej się o przyznanie usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej.....

.....
.....

Inne dysfunkcje i schorzenia osoby ubiegającej się o przyznanie usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej:

- dysfunkcja narządów ruchu, polegająca na
- dysfunkcja narządów wzroku, polegająca na
- zaburzenia psychiczne, polegające na
- dysfunkcje narządu mowy i słuchu, polegające na
- dysfunkcje o podłożu neurologicznym, polegające na

inne dysfunkcje niż opisane powyżej:

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

Informacje na temat innych stosowanych środków zaopatrzenia medycznego (np. koncentrator tlenu, aparat słuchowy, rurki tracheostomijne, worki stomijne, pieluchy, cewniki)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że zgodnie z art. 55b ust. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz.901 z późn. zm.) niżej wpisana przeze mnie klauzula zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 kk*):

.....
.....
(powyżej należy wpisać klauzulę**)

.....
.....
podpis

**** Treść klauzuli „Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”**

Stwierdzam własnoręcznie podpisu

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

***niewłaściwe należy skreślić.**

Pouczenie:

Art. 109 Ustawy o pomocy społecznej

Osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń.

***Art. 233 k.k.**

§1 – Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

§2 – Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.