Starachowice, dnia ................................................

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI OSOBISTEJ OSOBY UBIEGAJACEJ SIĘ**

**O PRZYZNANIE 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 ….....................................

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 tracheotomijne, 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 (Dz.U. z 2024 r., poz.1283 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 własnoręczność 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.**