

Racibórz, dnia .....

### **Oświadczenie**

W czasie korzystania z usług opieki wytnieniowej nie będę korzystał/a z innych form pomocy usługowej, w tym: usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.), usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.

.....  
(Data i czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)