Załącznik nr 2 do regulaminu określającego warunki przyznawania i zasady odpłatności za usługi asystenckie oraz usługi opieki wytchnieniowej realizowanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Skoczowie w ramach projektu pn.: „Rozwój usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Gminie Skoczów" realizowanych w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny +), Priorytet: FESL.07.00 - Fundusze Europejskie dla społeczeństwa, Działanie: FESL.07.04 Usługi społeczne

OŚWIADCZENIE

o dochodzie do ustalenia/zwolnienia z odpłatności za usługi społeczne

Imię: ……

Nazwisko: …….

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą:
☐Tak ☐ Nie

Oświadczam, że jestem osobą prowadzącą wspólne gospodarstwo z członkami rodziny, osobami wspólnie zamieszkującymi:
☐ Tak ☐ Nie

Oświadczam, że mój / mojej rodziny miesięczny dochód mieści się w przedziale (zaznaczyć odpowiedni kwadrat):

Wysokość miesięcznych dochodów netto **osoby samotnie gospodarującej**:

☐ do 1 010,00 zł

☐1 010,01 zł – 1 515,00 zł

☐1 515,01 zł – 2 020,00 zł

☐ 2 020,01 zł – 2 525,00 zł

☐ 2 525,01 zł – 3 030,00 zł

☐ 3 030,01 zł – 3 535,00 zł

☐ 3 535,01 zł – 4 040,00 zł

☐ od 4 040,01 zł

Wysokość miesięcznych dochodów netto na **osobę w rodzinie**:

☐ do 823,00 zł

☐ 823,01 zł – 1 234,50 zł

☐ 1 234,51 zł – 1 646,00 zł

☐ 1 646,01 zł – 2 057,50 zł

☐ 2 057,51 zł – 2 469,00 zł

☐ 2 469,01 zł – 2 880,50 zł

☐ 2 880,51 zł – 3 292,00 zł

☐ od 3 292,01 zł

Skoczów, dn. ……

(Data i podpis osoby składającej oświadczenie / Podpis opiekuna prawnego w przypadku osób ubezwłasnowolnionych)

Świadczeniobiorca korzystający z usług asystenckich lub usług opieki wytchnieniowej ponosi odpłatność w zależności od osiąganego dochodu miesięcznego, w wysokości określonej w tabelach stanowiących załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
Koszt 1 godziny usługi asystencji osobistej – wynosi 5,00 zł (100%).
Koszt 1 godziny usługi opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania – wynosi 5,00 zł (100%).

Przesłanki do zwolnienia z odpłatności*

(należy zaznaczyć właściwe pole / pola i opisać sytuację):

☐ konieczność ponoszenia opłat za pobyt członka rodziny w domu pomocy społecznej lub innej placówce o charakterze opiekuńczym;

☐ udokumentowane zdarzenie losowe;

☐ konieczność ponoszenia stałych niezbędnych i uzasadnionych wydatków związanych w szczególności z potrzebami mieszkaniowymi, leczeniem, rehabilitacją, których wysokość zagraża egzystencji osoby, której przyznano usługi;

☐ wiek - osoby, które ukończyły 90 rok życia;

☐ konieczność korzystania z usług przez więcej niż jedną osobę w rodzinie;

Opis sytuacji w przypadku ubiegania się o zwolnienie z odpłatności **.** *Należy opisać sytuację rodzinną, zdrowotną, finansową, przedstawić dokumentację potwierdzającą wskazaną przesłankę. Decyzję o zwolnieniu z odpłatności podejmuje Dyrektor OPS na podstawie okoliczności sprawy.*

……

……

……

……

……

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Treść art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie *ustawy*, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

Skoczów, dn. ……

(Data i podpis osoby składającej oświadczenie /
Podpis opiekuna prawnego w przypadku osób ubezwłasnowolnionych)

Skoczów, dn. ….……

(Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie)