.....
Miejscowość i data

Oświadczenie

Ja .....

zam. .....

oświadczam, że **moja / mój córka / syn nie korzysta / korzysta** * ze wsparcia w postaci

specjalistycznych usług opiekuńczych
(* prawidłowe proszę podkreślić).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jeżeli jest świadczona pomoc proszę o wpisanie jaka to placówka prowadzi, przez jakiego specjalistę jest to wykonywane, jaki rodzaj usług jest świadczony, z jaką częstotliwością np. ile razy w tygodniu i ile godzin tygodniowo lub w miesiącu jest świadczonych, czy sa to usługi odpłatne czy darmowe itp.

.....
podpis

(Rodzaj wsparcia, z którego korzysta dziecko/osoba niepełnosprawna w postaci usług ze strony psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, pracownika socjalnego, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty, innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi).