# Oświadczenie wnioskodawcy

1. Oświadczam, iż dziecko ……………………………………………….………… (imię i nazwisko dziecka) jest objęte (w placówce publicznej, niepublicznej, lub prywatnie)\*:

\*poza formą pomocy ujętą w *Załączniku Nr 2*

a) wsparciem psychologa NIE / TAK

Jeżeli TAK: od dnia ……………………….…………………w wymiarze ……………….………….. godzin miesięcznie, świadczonym w ……………………………………………………………………...………. (nazwa podmiotu)

b) wsparciem pedagoga NIE / TAK

Jeżeli TAK: od dnia ……………………….……w wymiarze ………………….……...………….... godzin miesięcznie,

świadczonym w ……………………………………………………………………………. (nazwa podmiotu)

c) wsparciem logopedy NIE / TAK

Jeżeli TAK: od dnia ……………………….……w wymiarze ………………………….….…….…… godzin miesięcznie, świadczonym w ……………………………………………………………………………… (nazwa podmiotu)

d) wsparciem terapii ręki NIE / TAK

Jeżeli TAK: od dnia ……………………….……w wymiarze ………………….…….…………….… godzin miesięcznie, świadczonym w ……………………………………………………………………………… (nazwa podmiotu)

1. wsparciem terapii zaburzeń integracji sensorycznej NIE / TAK

Jeżeli TAK: od dnia ……………………….……w wymiarze ………………….………………….…. godzin miesięcznie, świadczonym w ………………………………………………………………………...……. (nazwa podmiotu)

1. wsparciem treningu umiejętności społecznych NIE / TAK

Jeżeli TAK: od dnia ……………………….……w wymiarze ………………….…………. godzin miesięcznie, świadczonym w ……………………………………………………………………………… (nazwa podmiotu)

1. wsparciem w formie rehabilitacji ruchowej NIE / TAK

Jeżeli TAK: od dnia ……………………….……w wymiarze ………………….…...…….. godzin miesięcznie,

świadczonym w ……………………………………………………………………………… (nazwa podmiotu)

1. wsparciem w formie alternatywnych metod komunikacji NIE / TAK

Jeżeli TAK: od dnia ……………………….……w wymiarze ………………….…………. godzin miesięcznie, świadczonym w ……………………………………………………………………………… (nazwa podmiotu)

i) innym wsparciem NIE / TAK

Jeżeli TAK, to jakim:

…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………..............................................................................................................................................................

2. Oświadczam, iż zostałam/zostałem pouczona/pouczony i rozumiem treść pouczenia, iż:

1) zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych następuje w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2020, poz. 685), tj. do nauki i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i podmiotach leczniczych, a także w domu rodzinnym; dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia (§ 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia

22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych);

1. jestem zobowiązana/zobowiązany do współdziałania z pracownikiem socjalnym
w rozwiązywaniu trudnej sytuacji życiowej, w szczególności poprzez podejmowanie starań celem zapewnienia dziecku zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo -wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i podmiotach leczniczych, a także w domu rodzinnym. Brak współdziałania może stanowić podstawę do ograniczenia wymiaru świadczenia, odmowy przyznania świadczenia, uchylenia decyzji o przyznaniu świadczenia (art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej);
2. istnieje obowiązek zwrotu kwot w przypadku opłat ustalonych na podstawie nieprawdziwych informacji lub w przypadku niepoinformowania o zmianie sytuacji osobistej lub majątkowej; tj.: osoby lub rodziny ponoszące opłaty za świadczenia, w przypadku gdy opłaty te zostały ustalone na podstawie nieprawdziwych informacji lub gdy nie poinformowano o zmianie sytuacji osobistej lub majątkowej, są obowiązane do zwrotu gminie lub powiatowi, które poniosły opłaty na świadczenia, kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy wniesioną opłatą a wysokością odpłatności, jaka byłaby ustalona na podstawie prawdziwych informacji lub w związku ze zmienioną sytuacją osobistą lub majątkową osoby lub rodziny (art. 98a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej).

…………………………………… ………..………..………………………………………

miejscowość i data podpis rodzica / opiekuna prawnego