. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . 2020 r.

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja ……………………………………………………………………., PESEL ………………...………,

*(imię i nazwisko)*

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………………….

*(adres zamieszkania)*

**oświadczam**, iż jestem **rodzicem** ……………. …………………………………………………………,

*(imię i nazwisko dziecka)*

zamieszkałego/ej…………………………………………………………………………………………**.**

*(adres zamieszkania dziecka)*

**Oświadczam,** iż w związku z wystąpieniem sytuacji kryzysowej spowodowanej chorobami zakaźnymi moje dziecko utraciło w okresie:

w miesiącu …………….….… od dnia . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . 2020 roku

w miesiącu ……………..…… od dnia . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . 2020 roku

w miesiącu ……………..…… od dnia . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . 2020 roku

w miesiącu ……………..…… od dnia . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . 2020 roku

w miesiącu ……………..…… od dnia . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . 2020 roku**[[1]](#footnote-1)**

możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych)   
z opieki świadczonej w sposób ciągły (przez co najmniej 10 miesięcy w roku) w:[[2]](#footnote-2)

* **warsztacie terapii zajęciowej;**
* **środowiskowym domu samopomocy**, funkcjonującym na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.);
* **dziennym domu pomocy społecznej**, funkcjonującym na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.);
* **placówce rehabilitacyjnej, której działalność finansowana jest ze środków PFRON** na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.) w realizowanym przez placówkę projekcie:

…………………………………………………………………………………………………..;

*(wskazać tytuł projektu, w którym uczestniczy dziecko)*

* **ramach programu zatwierdzonego przez Radę Nadzorczą PFRON** (w ramach tego programu dziecko korzysta ze wsparcia udzielanego przez placówkę rehabilitacyjną):

…………………………………………………………………………………………………..;*(wskazać nazwę programu, w którym uczestniczy dziecko)*

* **ramach zajęć rewalidacyjno–wychowawczych** organizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno–wychowawczych dla dzieci i młodzieży   
  z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (Dz. U. z 2013 r. poz. 529) – **dotyczy osoby pełnoletniej (od 18 do 25 roku życia)**;
* **specjalnym ośrodku szkolno–wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym,** funkcjonującym na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz. U.   
  z 2020 r. poz. 910) – **dotyczy osoby pełnoletniej (od 18 do 24 roku życia), wychowanka ośrodka;**
* **specjalnej szkole przysposabiającej do pracy** funkcjonującej na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910) – **dotyczy osoby pełnoletniej (od 18 do 24 roku życia);**
* **ośrodku rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczym**, **ośrodku rewalidacyjno-wychowawczym** funkcjonującym na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz. U.   
  z 2020 r. poz. 910) – **dotyczy osoby pełnoletniej (od 18 do 25 roku życia), wychowanka ośrodka.**

**Oświadczam, że:[[3]](#footnote-3)**

* **w żadnym z ww. miesięcy nie nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego**,   
  o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych,
* **nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego**, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych **w miesiącu/ach:** ……………….………………………………………

*(wskazać miesiąc/e)*

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych** pozyskanych w związku z realizacją programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” Moduł III - choroby zakaźne. (informacja udostępniona jest w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku przy ul. Klepackiej 18 oraz na stronie internetowej: <https://www.mopr.bialystok.pl/index.php/zadanie-pefron/modul-iii-choroby-zakazne>)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*czytelny podpis rodzica*

1. Okres nie może wykraczać poza daty od 9 marca do 16 listopada 2020 roku [↑](#footnote-ref-1)
2. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-2)
3. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-3)