

Załącznik nr 2a do Regulaminu Naboru  
i Uczestnictwa w okresie trwałości  
projektu pn. „Bielńskie stacje wsparcia”

.....  
imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego

.....  
adres zamieszkania

### OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233§ kodeksu karnego

**oświadczam, że:**

1. korzystam ze świadczeń z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bielinach na

dziecko/ci.....

(Imię i Nazwisko dziecka/ci)

z tytułu min. jednej przesłanki określonej w art.7 ustawy o pomocy społecznej (ubóstwo, bezrobocie, bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych, niepełnosprawność, alkoholizm, przemoc, sytuacja kryzysowa, długotrwała lub ciężka choroba)

Zakres świadczeń:

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

2. syn/córka<sup>i</sup> .....

(Imię i Nazwisko dziecka)

posiada/nie posiada<sup>ii</sup> orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach.

.....  
Data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

W przypadku posiadania orzeczenia proszę o dołączenie jego kopii

<sup>i</sup> Niepotrzebne skreślić