Załącznik nr 2a do Regulaminu Naboru i Uczestnictwa w projekcie „Bielińskie stacje wsparcia”

……
imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego

……
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZEŃ
Z GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ

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

oświadczam, że:

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:

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……
5. ……
6. ……....

…….....
Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna