…………………………., dn. ………………………

……………………………………….
**Imię i nazwisko**

……………………………………….
**Adres zameldowania/pobytu**

……………………………………….
**PESEL**

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającego z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2021 r. poz. 2345, z późn. zm.) oświadczam, iż przebywam powyżej dwóch miesięcy/ od

……………………………………………………………………………………………………………pod adresem………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………
z powodów (zaznacz właściwie):

* bezdomności,
* rodzinnych,
* zdrowotnych,
* pobytu w zakładzie karnym/poprawczym,
* pobytu w domu pomocy społecznej/ośrodku wsparcia.

W związku z powyższym proszę o przyjęcie mojego wniosku w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stargardzie.

…………………………………………
podpis osoby składającej oświadczenie

Właściwość miejscową zespołu orzekającego o niepełnosprawności ustala się według miejsca pobytu
w przypadku osób:

1. bezdomnych;
2. przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych;
3. przebywających w zakładach karnych i poprawczych;
4. przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów
o pomocy społecznej.

Art. 6 ust. ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz 573, z późn. zm.).