

....., 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. 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.).