

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

Oświadczanie

Ja, niżej podpisany,
(imię i nazwisko)

oświadczam, że:

TAK/ NIE

/ jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, korzystającą z ośrodka wsparcia/ placówki pobytu całodobowego/ środowiskowego domu samopomocy/dziennego domu pomocy/warsztatu terapii zajęciowej/niezatrudnioną/ uczącą się lub studiującą (jeśli tak, proszę wskazać miejsce, do którego uczęszcza/ gdzie pracuje –

.....);

TAK/ NIE

/ jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością korzystającą z usług opiekuńczych w ramach pomocy realizowanej w CUS

TAK/ NIE

/ jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością posiadającym orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Pouczona/y o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianie powyższych danych.

.....
(Czytelny podpis Uczestnika)