

PROGRAM „OPIEKA WYTCNIENIOWA” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - EDYCJA 2024
W GMINIE NOWY ŻMIGRÓD

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko Kandydata/ Kandydatki:

Adres zamieszkania:

Ja niżej podpisany/podpisana (imię i nazwisko) oświadczam, że:

1. Sprawuję bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną, która stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia, placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub jestem osobą niezatrudnioną, uczącą się lub studiującą:
 TAK
 NIE
2. Wszystkie dane zawarte w karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz pozostałych załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
3. Zapoznałem/łam się z „Regulaminem rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie Nowy Żmigród oraz z Programem „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

.....
(data, czytelny podpis)

*Zaznaczyć właściwe.