



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik 1D

Miejscowość, data:

Imię i nazwisko, adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE

o sprawowaniu opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i/lub osobą z niepełnosprawnością

Ja (imię/imiona, nazwisko)

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą *(imię i nazwisko)*

..... potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Przyczyną jej niesamodzielnosci jest/są:
(zaznacz właściwe X)

- ☐ Wiek
- ☐ Stan zdrowia
- ☐ Niepełnosprawność

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe. Zostaje pouczone/-y o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U.2024.17 t.j.).

Czytelny podpis