



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik nr 2d do Regulaminu projektu

.....
miejsowość i data

.....
Imię i nazwisko Kandydata

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

OŚWIADCZENIE

Ja,, niżej podpisana/ny oświadczam,
że w okresie od.....do..... pełnię opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w
codziennym funkcjonowaniu.

Stopień pokrewieństwa między mną a osobą, którą się opiekuję to:

.....

Osoba ta potrzebuje opieki z względu na:

.....
.....
.....

Mój zakres wsparcia obejmie:

.....
.....
.....

Za wyżej wymienioną opiekę nie pobieram wynagrodzenia.

.....
Czytelny podpis