



Projekt "Złoty liść opieki" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Parafię Rzymskokatolicką p. w. Narodzenia Najświętszej Maryi Panny w partnerstwie z Podkarpacką Fundacją Rozwoju Regionalnego na podstawie umowy o dofinansowanie projektu nr RPPK.08.03.00-18-0098/17 z dnia 13.02.2018 r. zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pacy w Rzeszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY

o niemożności sprawowanie opieki nad osobą starszą¹/niesamodzielną²

Ja, poniżej podpisany/a.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a.....
(adres zamieszkania)

legitymujący się dowodem osobistym
(seria, numer)

Oświadczam, że nie mam możliwości sprawowania opieki nad osobą starszą¹/niesamodzielną²:

.....
Imię i nazwisko osoby wymagającej opieki

.....
Stopień pokrewieństwa

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Jestem świadoma(-y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejsowość i data

.....
podpis członka rodziny składającej oświadczenie

¹Osoba starsza- osoba, która w momencie przystąpienia do projektu ukończyła 60 lat.

²Osoba niesamodzielną – osoba która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (m. in. ubieranie się, toaleta, spożywanie posiłków)