



Trąbki Wielkie, dnia

.....
(imię, nazwisko)

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- nie korzystam i nie zamierzam korzystać ze wsparcia w formie opieki wytchnieniowej finansowanej ze środków Funduszu Solidarnościowego, realizowanej przez organizacje pozarządowe lub inne podmioty;
- w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze ani inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub PFRON, a także usługi analogiczne finansowane ze środków publicznych.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)