

Cieplewo, dnia

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie korzystam i nie zamierzam korzystać ze wsparcia w formie opieki wytchnieniowej/asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej* finansowanej ze środków Funduszu Solidarnościowego, realizowanej przez organizacje pozarządowe lub inne podmioty.

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

*Niepotrzebne skreślić