Projekt pt. „Dom Św. Jana Pawła II – kontynuacja”, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Numer wniosku RPPK.08.03.00-18-0019/22

**8. OŚWIADCZENIE**

**o niemożności sprawowania opieki nad osobą straszą / potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu[[1]](#footnote-1)**

Ja, niżej podpisana/y ………………………………………………………………… *(imię i nazwisko członka rodziny oraz stopnień pokrewieństwa)*

Oświadczam, że ani ja ani żaden z moich członków rodziny nie mamy możliwości sprawowania opieki nad osobą starszą / potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

…………………………………………………………………………………………………...

*(imię, nazwisko osoby starszej / potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu).*

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

…………………………………… …………………………………………

Miejscowość i data Czytelny podpis członka rodziny

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poniższe oświadczenie wypełnia Kandydat/-ka Projektu wyłącznie w przypadku nie posiadania rodziny

Ja, niżej podpisana/y ………………………………………………………………………….. *(imię i nazwisko i PESEL osoby starszej / potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu)*

Oświadczam, że jestem osobą samotną i nie posiadam rodziny, która mogłaby sprawować nade mną opiekę.

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

……………………….………………………………….

Data Czytelny podpis Kandydata/-tki

1. Osoba potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. [↑](#footnote-ref-1)