„Wsparcie dla osób starszych niesamodzielnych i niepełnosprawnych
z terenu gminy Wyrzysk – II edycja”

Nr RPWP.07.02.02-30-0091/17 w ramach Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny 2014-2020.

Oś Priorytetowa 7 Włączenie społeczne

Działanie 7.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne – projektu konkursowe

**Oświadczenie o potrzebie pomocy w codziennym funkcjonowaniu**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………..…………………………………………

ur. dnia .……………………………………………………………roku w ………………………………………………

Niniejszym oświadczam, iż jestem osobą potrzebującą pomocy w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

*Oświadczam, że  zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą.*

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

 *Data* *Podpis*