



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik 1.2

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

.....

(Imię i nazwisko, adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia/niepełnosprawność* wymaga wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.¹

.....

Czytelny podpis

* niewłaściwe skreślić

¹ Osoba starsza może uczestniczyć w projekcie, ale wiek nie jest wystarczającą przesłanką do uznania osoby za wymagającą pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Oprócz osiągnięcia określonego wieku, musi to być wystąpienie choroby lub niepełnosprawności, które ograniczają samodzielność, np. demencji, artretyzmu czy całego szeregu innych chorób związanych z podeszłym wiekiem.