OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany /a ……………………………..………………………….….oświadczam, iż jestem członkiem

 (imię i nazwisko uczestnika projektu)

rodziny/ opiekunem osoby z niepełnosprawnością ……………………………………………………………………..:

 (imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

1. stale przebywającej w domu i nieuczęszczającej do placówki wsparcia dziennego (takiej jak: warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy itp.) a także niepracującej i nieuczącej się – **TAK/NIE\***
2. korzystającej z usług opiekuna osoby niepełnosprawnej w ramach programu Opieki Wytchnieniowej oraz projektów realizowanych przez innych organizatorów w roku 2025 – **TAK/NIE\***
3. objętej usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi – **TAK/NIE\***
4. będącej uczestnikiem projektu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 realizowanym przez Fundacje Imago – **TAK/NIE\***

\* odpowiednie podkreślić

 **…………………………………………………………………………………**

 data i czytelny podpis Uczestnika Projektu/ jego opiekuna prawnego