

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany /aoświadczam, iż jestem osobą:
(Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

1. samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich – **TAK/NIE***
2. wspólnie gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich - **TAK/NIE***
3. uczęszczającą do placówki wsparcia dziennego (takiej jak: warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy itp.) – **TAK/NIE***
4. korzystającą z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach innych programów i projektów realizowanych przez innych organizatorów w roku 2025 - **TAK/NIE***
5. objętą usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi – **TAK/NIE***
6. będącą uczestnikiem projektu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla organizacji pozarządowych – edycja 2024 realizowanym przez Fundację Imago – **TAK/NIE***

* odpowiednie podkreślić

.....
data i czytelny podpis Uczestnika
Projektu/jego opiekuna prawnego