



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

„Wsparcie dla Ciebie - rozwój deinstytucjonalnych usług społecznych”

Nr projektu: FEWP.10.01-IZ.00-0008/25

Gmina Malanów / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Malanowie

OŚWIADCZENIE

o sprawowaniu opieki nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

Imię i nazwisko uczestnika/opiekuna faktycznego:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

Imię i nazwisko osoby, nad którą sprawowana jest opieka:

.....

Oświadczam, że sprawuję faktyczną opiekę nad wyżej wskazaną osobą, która posiada znaczny stopień niepełnosprawności.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.

W celu potwierdzenia spełnienia kryterium punktowego zobowiązuję się do przedłożenia dokumentu potwierdzającego znaczny stopień niepełnosprawności, jeżeli jest wymagany w procesie rekrutacji.

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis uczestnika/opiekuna faktycznego:

.....



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

„Wsparcie dla Ciebie - rozwój deinstytucjonalnych usług społecznych”

Nr projektu: FEWP.10.01-IZ.00-0008/25

Gmina Malanów / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Malanowie

**OŚWIADCZENIE
o samotnym sprawowaniu opieki**

Imię i nazwisko uczestnika/opiekuna faktycznego:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

Imię i nazwisko osoby, nad którą sprawowana jest opieka:

.....

Oświadczam, że samotnie sprawuję faktyczną opiekę nad wyżej wskazaną osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Przez samotne sprawowanie opieki rozumiem sytuację, w której zasadniczy ciężar codziennej opieki nad osobą potrzebującą wsparcia spoczywa na mnie i nie jest ona regularnie sprawowana przez inną osobę, która w sposób stały przejmuje obowiązki opiekuńcze.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis uczestnika/opiekuna faktycznego:

.....



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

„Wsparcie dla Ciebie - rozwój deinstytucjonalnych usług społecznych”

Nr projektu: FEWP.10.01-IZ.00-0008/25

Gmina Malanów / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Malanowie

OŚWIADCZENIE
o łączeniu sprawowania opieki z pracą zawodową

Imię i nazwisko uczestnika/opiekuna faktycznego:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

Imię i nazwisko osoby, nad którą sprawowana jest opieka:

.....

Oświadczam, że łączę sprawowanie faktycznej opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z wykonywaniem pracy zawodowej.

Oświadczam, że w związku z łączeniem obowiązków opiekuńczych z pracą zawodową potrzebuję czasowego odciążenia w sprawowaniu opieki w ramach usługi wytechnieniowej realizowanej w projekcie.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis uczestnika/opiekuna faktycznego:

.....



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

„Wsparcie dla Ciebie - rozwój deinstytucjonalnych usług społecznych”

Nr projektu: FEWP.10.01-IZ.00-0008/25

Gmina Malanów / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Malanowie

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

dla potrzeb udziału w projekcie „Wsparcie dla Ciebie - rozwój deinstytucjonalnych usług społecznych”

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko:

PESEL / inny identyfikator:

oświadczam, że miejscem mojego zamieszkania jest:

Miejscowość:

Gmina:

Adres zamieszkania:

Oświadczam, że zamieszkuję na obszarze Gminy Malanów.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejsze oświadczenie składam w celu potwierdzenia spełnienia kryterium udziału w Projekcie dotyczącego zamieszkania na obszarze Gminy Malanów.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika / rodzica / opiekuna prawnego / osoby uprawnionej - jeżeli dotyczy:

.....



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

„Wsparcie dla Ciebie - rozwój deinstytucjonalnych usług społecznych”

Nr projektu: FEWP.10.01-IZ.00-0008/25

Gmina Malanów / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Malanowie

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA DOTYCZĄCE WSKAZANIA OSOBY REALIZUJĄCEJ
OPIEKĘ WYTCHNIENIOWĄ**

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko:

PESEL:

oświadczam, że w związku z udziałem w usługach asystenckich:

☐ **nie wskazuję osoby, która miałaby świadczyć na moją rzecz usługi asystenckie;**

☐ **wskazuję osobę, której chciałabym/chciałbym powierzyć świadczenie na moją rzecz usług asystenckich:**

Imię i nazwisko wskazanej osoby:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że wskazanie osoby ma na celu uwzględnienie moich indywidualnych potrzeb i oczekiwań związanych z realizacją usług asystenckich.

Przyjmuję do wiadomości, że realizacja usług przez wskazaną przeze mnie osobę jest możliwa po spełnieniu przez nią wymagań określonych w dokumentacji Projektu oraz po zaakceptowaniu jej przez Beneficjenta.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika / rodzica / opiekuna prawnego / osoby uprawnionej - jeżeli dotyczy:

.....