



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- nie korzystam z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), innych usług finansowanych w ramach Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie, o którym mowa w ust. 9 Programu, finansowane z innych źródeł,
- zostałam/em poinformowana/y o prawach i obowiązkach wynikających z przyznania usług asystencji osobistej,
- zostałam/em poinformowana/y, że zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej za pośrednictwem Wojewody Zachodniopomorskiego.

Miejscowość, dnia

Podpis
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)