

Wolbórz, dnia

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie korzystam i nie zamierzam korzystać ze wsparcia w formie opieki wychowawczej/asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością* finansowanej ze środków Funduszu Solidarnościowego, realizowanej przez organizacje pozarządowe lub inne podmioty.

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

*Niepotrzebne skreślić