



Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Pomocna Dłoń - kompleksowy program opieki długoterminowej dla mieszkańców Miasta Szczecin” nr FEPZ.06.21-IP.01-0022/25 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

OŚWIADCZENIE O STATUSIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Ja niżej podpisany/podpisana

zamieszkały/a

PESEL:

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym Pana/Pani:

..... - Uczestnika

Projektu „Pomocna Dłoń - kompleksowy program opieki długoterminowej dla mieszkańców Miasta Szczecin” (relacja wobec Uczestnika, np. córka, syn, małżonek, sąsiad:). Nie pobieram wynagrodzenia z tytułu sprawowania tej opieki i nie jestem opiekunem formalnym (zawodowym).

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Opiekuna Faktycznego