



OŚWIADCZENIE O PEŁNIENIU FUNKCJI OPIEKUŃCZYCH NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ

Nazwisko i Imię	
Adres zamieszkania	

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że pełnię funkcję opiekuńczą nad osobą zależną.

Dane osoby pozostającej pod opieką:	
Imię i pierwsza litera nazwiska*: * Zgodnie z zasadą minimalizacji danych – nie należy zbierać pełnych danych osobowych osoby zależnej, jeśli nie jest to wymagane.	
Stopień pokrewieństwa /relacja:	

Informacja o przyczynie konieczności sprawowania opieki:

- ☐ niepełnosprawność
- ☐ przewlekła / ciężka choroba
- ☐ podeszły wiek / ograniczenia samodzielności
- ☐ dziecko w wieku:
- ☐ inna przyczyna (jaka?):

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Razem ku aktywności. Przyszłość należy do nas

