



OŚWIADCZENIE na potrzeby projektu ZMIANA NA LEPSZE - wsparcie osób w trudnej sytuacji na małopolskim rynku pracy, potwierdzające status osoby, która opiekuje się osobą/osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/dziećmi.

Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko)

zamieszkała/y (ulica, numer domu, lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, że:

(należy zaznaczyć X właściwe)

opiekuje się osobą/osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu¹.
Należy załączyć zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie, lub inny dokument poświadczający stan zdrowia os. potrzebującej wsparcia/dziecka.

opiekuje się dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia. **Należy załączyć akt urodzenia dziecka/dzieci .**

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań.

Miejscowość, data (DD-MM-RRRR)

Czytelny podpis Kandydatki/Kandydata

¹ Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.