

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia i sytuacji życiowej uczestnika Programu i osoby z niepełnosprawnością

1. Czy osoba z niepełnosprawnością wymaga wysokiego poziomu wsparcia tj.
 - a) Czy jest osobą całkowicie uzależnioną od osób drugih? TAK/NIE
 - b) Czy występują problemy z pamięcią, objawy Alzheimera? TAK/NIE
 - c) Czy jest osoba leżącą? TAK/NIE
2. Czy uczestnik programu posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? TAK/NIE
3. Czy stan zdrowia uczestnika programu jest zadawalający? TAK/NIE
4. Czy w bieżącym roku kalendarzowym uczestnik programu/osoba z niepełnosprawnością/ korzystają z innych form wsparcia ze środków budżetu państwa? TAK/NIE

Jeżeli tak, to z jakich?.....

.....
(podpis)