



Załącznik nr 5 do
Formularza zgłoszeniowego
do projektu w formie
wsparcia usług
opiekuńczych

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU (seniora lub opiekuna faktycznego)
Zwiększenie dostępności usług opiekuńczych i asystenckich dla osób
starszych w Gminie Miasto Stargard "Bezpieczny senior w Stargardzie"
FEPZ.06.18-IP.01-0006/23

Należy wypełnić drukowanymi literami

Imię			
Nazwisko			
Miejsce zamieszkania			
ulica			
nr domu		nr lokalu	
kod pocztowy		miejsowość	

oświadczam, że do końca 2022 roku nie korzystałam/em z pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stargardzie w formie Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu:

- usług opiekuńczych,
 asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej,
 opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania seniora,
 teleopieki (przy pomocy opaski bezpieczeństwa).

miejsowość i data	
podpis uczestnika Projektu (seniora) lub jego opiekuna prawnego	