



Załącznik nr 4 do Regulaminu realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie Wiejskiej Lubawa realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

DEKLARACJA

uczestnictwa w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Ja, niżej podpisany/a
deklaruję swój udział w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie współfinansowanym ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- 1) uczestnictwa w zaplanowanych wobec mnie formach wsparcia,
- 2) wcześniejszego poinformowania osoby świadczącej usługę o nieobecności w terminie umówionego spotkania,
- 3) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
- 4) wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

.....
(data i podpis osoby ubiegającej o przyznanie opieki wychnieniowej)

POUCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu są zgodne z prawdą.