Załącznik nr 4 do REGULAMIN DZIAŁANIA I REKRUTACJI DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W OSTROWI MAZOWIECKIEJ przy NZOZ „AKACJA” (DDOM Akacja) w ramach realizacji projektu „Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej”

**Oświadczenie uczestnika**

Ja, niżej podpisany(a) …………………………….……………………………/ ur. ……………………………

(imię i nazwisko/ data urodzenia)

Oświadczam, że (podkreślić właściwe):

Jestem osobą niepełnosprawną i posiadam stosowne orzeczenie / nie jestem osobą niepełnosprawną[[1]](#footnote-1)

Mój dochód nie przekracza 150% właściw. kryterium dochodowego (na os. samotnie gospodarującą 1078,50 zł lub na os. w rodzinie 900,00 zł ) i wynosi: ……………………………

Nie jestem/jestem osobą należącą do mniejszości narodowych

*Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować NZOZ Akacja o jakichkolwiek zmianach w tym zakresie*

..……………………/……………………… ……………………………………………

Miejscowość/data Czytelny podpis uczestnika Projektu

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)