



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik 1A

Miejscowość, data:

OPINIA LEKARSKA (wzór)

Imię nazwisko osoby opiniowanej:

PESEL:

to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia, w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, wymaga opieki lub wsparcia, na przykład w ośrodku wsparcia typu Dzienny Dom Pomocy, w celu zapewnienia dziennych usług opiekuńczych oraz aktywizacji w sferze fizycznej, intelektualnej i społecznej.

Podpis i pieczęć lekarza



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik 1C

Miejscowość, data:

Imię i nazwisko, adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE **osoby zamieszkującej samotnie**

Ja (imię/imiona, nazwisko):

oświadczam, że jestem osobą samotnie zamieszkującą.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe. Zostaje pouczone/-y o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U.2024.17 t.j.).

Czytelny podpis