



ZAŚWIADCZENIE O POTRZEBIE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

Tytuł projektu:	Blisko Ciebie
Numer projektu:	FELU.08.06-IZ.00-0018/25
Priorytet:	VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
Działanie:	8.6 Usługi zdrowotne

....., dn.
(miejscowość)

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu i obserwacji poświadczam, że

Pan/Pani

PESEL

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, gdyż ze względu na wiek i/lub stan zdrowia i/lub niepełnosprawność wymaga, opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego.

.....

(pieczęć i podpis osoby wystawiającej zaświadczenie)