



ZAŚWIADCZENIE O POTRZEBIE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

Tytuł projektu:	Siła wsparcia - kompleksowe usługi społeczne
Numer projektu:	FELU.08.05-IZ.00-0025/25
Priorytet:	VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
Działanie:	8.5 Usługi społeczne (typ projektu 1 a)-d), 2)

....., 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)