

Oświadczenie beneficjenta ostatecznego projektu

„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- jestem/nie jestem* chora/y na SM (stwardnienie rozsiane),
- posiadam orzeczenie o lekkim, umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy lub całkowitej niezdolności do pracy lub orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji*,
- na dzień rozpoczęcia realizacji projektu jestem/nie jestem* Środowiskowego Domu Samopomocy.
- zamieszkuję na terenie woj. mazowieckiego, łódzkiego, zachodniopomorskiego*.

* niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis beneficjenta zadania



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Oświadczenie beneficjenta ostatecznego projektu

„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- jestem/nie jestem* chora/y na SM (stwardnienie rozsiane),
- posiadam orzeczenie o lekkim, umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy lub całkowitej niezdolności do pracy lub orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji*,
- na dzień rozpoczęcia realizacji projektu jestem/nie jestem* Środowiskowego Domu Samopomocy.
- zamieszkuję na terenie woj. mazowieckiego, łódzkiego, zachodniopomorskiego*.

* niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis beneficjenta zadania



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych