

## Oświadczenie uczestnika Projektu / Programu

Konkurs numer 1/2025 pn. „Siła możliwości”

### „KTOŚ dla CIEBIE – indywidualne wsparcie i rozwój na lata 2026-2029”

Ja niżej podpisana /-y \_\_\_\_\_

nr PESEL \_\_\_\_\_

oświadczam, że nie korzystam z innych usług opiekuńczych lub asystencji osobistej w innych projektach i u innych podmiotów w czasie korzystania z w/w usług w Programach:

**Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026**

**„Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026**

**PFRON – wszystkie programy asystenckie / opiekuńcze**

**Fundusze Europejskie – wszystkie programy asystenckie / opiekuńcze**

realizowanym przez

**FUNDACJA KTOŚ**, z siedzibą:

93-280 Łódź

al. Marsz. Edwarda Śmigłego-Rydza 70,

KRS 0000746864, NIP 7292727496

i nie będę korzystał z w/w usług w innych projektach i u innych podmiotów.

W przypadku gdybym chciał/-a korzystać z w/w usług w innych projektach i u innych podmiotów zobowiązuję się poinformować Realizatora Projektu o tym fakcie i zrezygnuję z uczestniczenia z w/w usług u Realizatora Projektu.

Oświadczam, że zostałem pouczony/-a o konsekwencjach złożenia nieprawdziwego oświadczenia i nie dopełnienia obowiązku poinformowania Realizatora Projektu o korzystaniu z w/w usług w innych projektach i u innych podmiotów, w szczególności o tym, że będę musiał/-a **zwrócić Realizatorowi Projektu poniesione na świadczenie na moją rzecz wydatki, które zostaną zakwestionowane przez Instytucję finansującą udzielone mi wsparcie.**

Data \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_