

Oświadczenie uczestnika Projektu / Programu

Ja niżej podpisany/-a _____

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 Programie **Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej** „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026
„Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026

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 _____