**Oświadczenie potwierdzające potrzebę wsparcia
w codziennym funkcjonowaniu**

*„Łódzki kompas wsparcia społecznego i zawodowego”*

Ja, niżej podpisany/a:

zamieszkały/a w , powiat

w województwie łódzkim, numer PESEL , oświadczam, iż jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

**Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.**

 Data Czytelny podpis