**Oświadczenie członka gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością**

**Ja, niżej podpisany(a),**

................................................................................................................................................................... *(Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego oraz PESEL)*

**zam**............................................................................................................................................................

*(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy)*

**oświadczam, że nie pracuję z powodu konieczności sprawowania opieki nad moim dzieckiem/ podopiecznym z niepełnosprawnością:**

...................................................................................................................................................................

*(Imię, nazwisko oraz PESEL Kandydata/tki do Projektu objętego grantem)*

**Dziecko / podopieczny jest osobą z niepełnosprawnością na podstawie:**

...................................................................................................................................................................

Oświadczam, że zostałem(am) uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji – art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2019 poz. 1950, z późn. zm.)

………………………………………………… …………………………………………………………..

(miejscowość , data) (podpis Rodzica/Opiekuna prawnego)