

„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” - Moduł III

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko Podopiecznego:

Adres zamieszkania:

.....

Niniejszym oświadczam i przyjmuję do wiadomości że:

1. Znając warunki udzielania dofinansowania w Module III Programu **nie pobrałem/am, ani nikt z moich członków rodziny nie pobrał, jak również nikt nie jest uprawniony do pobrania – dodatkowego zasiłku opiekuńczego** o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Zasiłek ten przysługuje zatrudnionemu opiekunowi zwolnionemu od wykonywania pracy, z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki.
2. Nie otrzymałem/am na podstawie odrębnych wniosków pomocy finansowej w zakresie wnioskowanego okresu, w ramach modułu III programu p.n. „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”
3. Podane we wniosku dane są zgodne z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania i ewentualną odpowiedzialność prawną.

.....

*podpis osoby niepełnosprawnej /
opiekuna prawnego*

Sosnowiec, dnia