. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . .2020r.

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , PESEL . . . . . *. . . . . . . .* .,

*(imię i nazwisko)*

zamieszkały . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(adres zamieszkania)*

**oświadczam** iż w związku z wystąpieniem sytuacji kryzysowej spowodowanej chorobami zakaźnymi utraciłam/em, w okresie:

od dnia . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . 2020 roku

od dnia . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . 2020 roku

od dnia . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . 2020 roku**[[1]](#footnote-1)**

możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

*(nazwa placówki rehabilitacyjnej)*

**Oświadczam**, iż **nie** otrzymałam/ **nie** otrzymałem**[[2]](#footnote-2)** na **podstawie odrębnych wniosków pomocy finansowej** na zapewnienie opieki w warunkach domowych za wskazane wyżej okresy.

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

*czytelny podpis*

1. Okres nie może wykraczać poza daty od 9 marca do 4 września 2020 roku [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)