



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

**Zaświadczenie potwierdzające status OPW
o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

Zaświadcza się, że Pan/i:

Imię i nazwisko

PESEL

Jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Ogólna przyczyna ograniczeń:

.....
.....

(np. schorzenia neurologiczne, ograniczenia ruchowe, choroba przewlekła, zaburzenia psychiczne, wielochorobowość związana z wiekiem itp.)

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby udziału w projekcie pn.

„Stworzenie Dziennego Domu Pomocy w Lipnie” nr FEKP.08.24-IZ.00-0066/24.

Data

Pieczętka i podpis lekarza