

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a ....., oświadczam, że:

- nie korzystam ze świadczeń opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej,
- nie korzystam z rehabilitacji leczniczej w oddziale dziennym lub stacjonarnym,
- nie mam zaawansowanej choroby psychicznej lub uzależnienia.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(podpis osoby ubiegającej się o wsparcie w DOM)