

Załącznik nr 13

**Oświadczenie o niekorzystaniu równolegle z dwóch różnych źródeł na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowanych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego**

*(dotyczy osób z orzeczeniem o niepełnosprawności)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |

Ja, niżej podpisana/-y ……………………………………….. oświadczam, że nie korzystam równolegle z dwóch różnych źródeł na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowanych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego, związanych z opłacaniem składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.

…………………………………… …………………………………..

 Miejscowość, data Podpis Uczestnika Projektu