

.....

(miejsowość i data)

.....

(Imię i nazwisko)

.....

.....

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ
W RAMACH PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU
TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025**

Oświadczam, że jestem :

- członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej,

- niezatrudniony/a, uczący/a się lub studiujący/a.

.....

podpis członka rodziny/opiekuna
osoby z niepełnosprawnością

