Wadowice, dn. ……

……
(imię i nazwisko opiekuna osoby niepełnosprawnej)

……..

……..
(adres zamieszkania)

……..
(numer telefonu)

OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, tj. …… i sprawuję nad wskazaną osobą niepełnosprawną całodobową, bezpośrednią opiekę.

……
podpis członka rodziny lub opiekuna