Kalwaria Zebrzydowska, 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 wspólny 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 2026, tj.....

(imię i nazwisko Osoby Niepełnosprawnej)

i sprawuję nad wskazaną osobą niepełnosprawną całodobową, bezpośrednią opiekę.

….....
(podpis członka rodziny lub opiekuna)