

.....
Imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
Adres

Oświadczenie

W związku z ubieganiem się o wsparcie w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytechnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oświadczam, że osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę. tj. (*imię i nazwisko*):

☐ stale przebywa w domu i nie korzysta z ośrodka wsparcia lub innej placówki;

☐ nie przebywa stale w domu i korzysta z ośrodka wsparcia lub innej placówki
(w przypadku korzystania podać rodzaj placówki, do której uczęszcza)

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia i sytuacji życiowej uczestnika (opiekuna)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
czytelny podpis