

.....
Imię i nazwisko

.....
miejsowość, 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 2024 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