

.....
Imię i nazwisko

Orzesze, dnia

.....

.....
Adres

Oświadczenie

W związku z ubieganiem się o wsparcie w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” 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)

.....
.....

.....
czytelny podpis

*zaznaczyć znakiem „X” jeśli dotyczy