

OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby z niepełnosprawnością Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026 realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Gierałtowicach.

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Oświadczam, że podopieczny,
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

Zamieszkuje razem ze mną i pozostaje pod moją stałą i całodobową opieką.

W gospodarstwie domowym pozostaje (wpisać ilość osób) mogących czasowo wyręczyć mnie w opiece nad osobą z niepełnosprawnością.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/
członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)