



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

Krośniewice, dnia .....

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

99-340 Krośniewice

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, inne usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogicznie wsparcie.

.....

(podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)