



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Krośniewice, dnia

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

99-340 Krośniewice

OŚWIADCZENIE

W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez gminę Krośniewice, która realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, świadczonych usług opieki wytchnieniowej.

.....

(podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)