



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, która realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, świadczonych usług opieki wytchnieniowej.

.....

(podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością )