



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Krośniewice, dnia

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

99-340 Krośniewice

OŚWIADCZENIE

Uczestnika /opiekuna osoby z niepełnosprawnością Programu „Opieka wytchnieniowa”
dla JST – edycja 2025

Oświadczam, że podopieczny

(imię i nazwisko osoby / dziecka z niepełnosprawnością)

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

W gospodarstwie domowym pozostaje mogących czasowo wyręczyć mnie

(ilość osób)

w opiece nad osobą z niepełnosprawnością.

.....
(podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)