Szczawnica, 2023 r.

(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się

o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)

..................................................

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w związku z zapisami działu IV ust. 2 i działu V ust. 3 pkt 3 Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego,

oświadczam, że sprawuję całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

i zamieszkuję z nią/nim we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że wyżej wymieniona osoba niepełnosprawna stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

(podpis osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)