**…………………………….. ……………………………**

**Imię i nazwisko miejscowość, data**

**……………………………..**

**……………………………..**

**Adres**

**Oświadczenie**

**W związku z ubieganiem się o wsparcie w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej** „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę. tj. …………………………………………………….. (*imię i nazwisko*)\*:

stale przebywa w domu i nie korzysta z ośrodka wsparcia lub innej placówki;

nie przebywa stale w domu i korzysta z ośrodka wsparcia lub innej placówki   
(w przypadku korzystania podać rodzaj placówki, do której uczęszcza)

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………

czytelny podpis

\*zaznaczyć znakiem „X” jeśli dotyczy