

Załącznik Nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w programie „Opieka wytchnieniowa” dla jednostek samorządu terytorialnego - edycja 2026

Ostrowiec Świętokrzyski dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania opiekuna prawnego lub członka rodziny/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

Oświadczenie

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością – Panią/Panem/dzieckiem*, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

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

*niepotrzebne skreślić