**OŚWIADCZENIE**

**Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełno-sprawnej sprawującego bezpośrednią i stałą opiekę):** ………………………………………………..……………………………………

**Adres zamieszkania:** ………………………………………………………………………………….………………………………………..…

**Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:** ………………………………………………………………………………………………………………………….

**Adres zamieszkania:** ………………………………………………………………………………………………………………………………

W związku ubieganiem o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba niepełnosprawna, dla której sprawuję bezpośrednią i stałą opiekę:

**korzysta / nie korzysta\***

z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno‐wychowawczego czy internatu.

Nazwa i adres ośrodka/placówki *(jeśli dotyczy)* …………………………………………………………………………………

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

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

Data i podpis osoby opiekuna prawnegolub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

\*niewłaściwe skreślić