

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna osoby niepełnosprawnej 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 prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

*niewłaściwe skreślić