



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

zał. nr 1

....., dnia.....

(Imię i nazwisko Opiekuna osoby niepełnosprawnej
lub członka rodziny sprawującego opiekę)

(Adres zamieszkania opiekuna osoby niepełnosprawnej)

O Ś W I A D C Z E N I E

do Programu „Opieka Wytchnieniowa” edycja 2024

Ja niżej podpisany oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą
niepełnosprawną_____

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

i sprawuję nad nią osobiście bezpośrednią opiekę.

(podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej
lub członka rodziny sprawującego opiekę)