

.....
Imię i nazwisko osoby ubiegającej się
o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ O ZAMIESZKIWANIU WE WSPÓLNYM
GOPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, KTÓRA
WYMAGA STAŁEGO WSPARCIA W ZAKRESIE POTRZEB ŻYCIA CODZIENNEGO**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem osoby z niepełnosprawnością¹

....., wymagającej stałego wsparcia w zakresie potrzeb
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

życia codziennego oraz, że zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
Podpis członka rodziny lub opiekuna

¹ Niepotrzebne skreślić