

.....
imię i nazwisko opiekuna

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE
Program „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że mój podopieczny:

Pan/Pani.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

korzysta

nie korzysta

z jednej z niżej wymienionych placówek:

- ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego;
- ze środowiskowego domu samopomocy;
- z dziennego domu pomocy;
- z warsztatu terapii zajęciowej.

Oświadczam, iż:

jestem osobą niezatrudnioną;

jestem osobą uczącą się lub studiującą.

W związku ze wskazaniem osoby mającej świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, poniżej podaję jej dane teleadresowe:

.....

.....
Podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej

Zostałem/-am pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk)