Załącznik Nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia ……………………………

………………………………………………………

(imię i nazwisko)

………………………………………………………

(adres zamieszkania opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie z osobą z niepełnosprawnością – Panią/Panem/Dzieckiem\* ………………………………………………………………………….…………., która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

……...……………...……………………….....

(podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

\*niepotrzebne skreślić