



### Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad osobą niepełnosprawną

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu kontaktowego .....

Oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi.

Deklaruję chęć udziału w resortowym Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w zakresie świadczenia opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

.....  
*Data i podpis Opiekuna Faktycznego*