............................................

(miejscowość i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

**Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022**

W związku z zapisami działu IV ust. 2 i działu V ust. 3 pkt 3 Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego,

oświadczam, że sprawuję całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną *…………………………………………………………*

 *(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)*

i zamieszkuję z nią/nim we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że wyżej wymieniona osoba obecnie nie korzysta / korzysta\* z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu …………………………………………………

 *(w przypadku korzystania – podać nazwę ośrodka)*

 ….….……...............................................................

 (podpis Uczestnika Programu)

\* Niewłaściwe skreślić