Biała Podlaska, .................... 2023 r.

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

*(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się*

*o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)*

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

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

*(adres zamieszkania)*

**OŚWIADCZENIE**

**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

W związku z zapisami działu IV ust. 2 i działu V ust. 3 Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, 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 osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)*

\* Niewłaściwe skreślić