

Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

- przebywa stale w domu
- korzysta z: ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej*

2. Jestem osobą:

- niezatrudnioną
- uczącą się lub studiującą

.....
data i podpis osoby zgłaszającej chęć udziału w Programie

* właściwe podkreślić