

**Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:
- przebywa na stałe w domu
  - nie korzysta z: ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje.

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