



Oświadczenie

**na potrzeby realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji
Pozarządowych - edycja 2026**

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością i sprawuję całodobową opiekę nad nią.

Imię i nazwisko wypełniającego:

(wypełnia członek rodziny/opiekun faktyczny, na rzecz którego świadczona ma być usługa opieki wytchnieniowej)

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data, podpis)