



Załącznik nr 2 do Regulaminu Programu
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

.....
(miejsowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” dla JST – EDYCJA 2024 – Pobyt dzienny

W związku z zapisami działu IV ust. 2 i działu V ust. 2, Programu „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” dla JST – EDYCJA 2024 – Pobyt dzienny, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, oświadczam, że sprawuję całodobową opiekę nad.....
(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, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.....
(w przypadku korzystania – podać nazwę ośrodka).

.....
(podpis Uczestnika Programu)

* Niewłaściwe skreślić