



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 bezpośrednią** 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)