



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 2
do Regulaminu rekrutacji w Programie „Opieka wychnieniowa” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Gniezno, dnia

.....
(imię i nazwisko)
.....

.....
(adres zamieszkania opiekuna prawnego lub członka
rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad(należy wskazać imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością) i zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

Jednocześnie oświadczam, że
(należy wskazać imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością) stale **przebywa / nie przebywa** * w domu i **korzysta / nie korzysta*** np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej; (w przypadku korzystania podać rodzaj placówki do której uczęszcza).....

.....
(podpis opiekuna prawnego lub członka
rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

*niepotrzebne skreślić