Łodygowice,……………………………………….

Dane osoby, która ubiega się

o przyznanie usług w ramach Programu

,,Opieka wytchnieniowa – edycja 2024”

………………………………………………………….

………………………………………………………….

………………………………………………………….

(imię, nazwisko, adres zamieszkania)

Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej,

W związku z opieką nad którą opiekun ubiega się

O przyznanie usług w ramach Programu

,,Opieka wytchnieniowa- edycja 2024’’

…………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usług w ramach Programu ,,Opieka Wytchnieniowa’’ – edycja 2024.

Oświadczam również, że sprawuję nad ww. osobą bezpośrednią opiekę.

………………………………………….

(podpis osoby, która ubiega się o przyznanie usług OW)