



**Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej  
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2024 finansowany jest w ramach  
Funduszu Solidarnościowego.**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

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

### **OŚWIADCZENIE**

W związku ze złożeniem wniosku o udział w programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, iż zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego, tj.

.....  
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

.....  
(adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością)

.....  
(podpis wnioskodawcy)