

.....

Miejscowość, data

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu .....

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA  
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ I CAŁODOBOWEJ OPIEKI  
ORAZ  
ZAMIESZKANIU WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM  
Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem<sup>1</sup>

Pana/Pani.....i sprawuję nad nią bezpośrednią,  
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....

**Podpis członka rodziny lub opiekuna**

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić