

OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026 realizowanego przez Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lwówku Śląskim

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Oświadczam, że uczestnik
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej) ,

nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stałe przebywa w domu).

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/
członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)