

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Zwracam się z prośbą by usługę opieki wytchnieniowej świadczył/a:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

tel. do kontaktu

Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba:

1) nie jest członkiem rodziny*

2) posiada uprawnienia do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej

*za członków rodziny należy uznać rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyrna, oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego Uczestnika Programu)

Program MRiPS „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2022

finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej