

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRYZNANIE USŁUGI
OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Oświadczam, iż:

- sprawuję bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej;
- jestem osobą niezatrudnioną;
- jestem osobą uczącą się lub studiującą;

.....

(data i podpis członka rodziny/opiekuna
osoby z niepełnosprawnością)

Proszę zaznaczyć właściwe pole krzyżykiem.