

OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023
realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Świętochłowicach

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Oświadczam, że podopieczny,
(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)