

## 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)

Zamieszkuje razem ze mną i pozostaje pod moją stałą i całodobową opieką.

.....  
(miejscowość i data)

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