

Załącznik nr 6 do Regulaminu realizacji usługi
Opieki wytchnieniowej organizowanej w ramach Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku

Szczecinek, dnia

.....
Imię i nazwisko członka rodziny / opiekuna

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA

Oświadczam, że zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością

Panią/Panem

i sprawuję nad nią bezpośrednią i całodobową opiekę w zakresie potrzeb życia codziennego.

.....
czytelny podpis członka rodziny / opiekuna