OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2024 realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaźmierzu

**Imię i nazwisko**………………………………………………………………………………………………………………..

**Adres zamieszkania** …………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że uczestnik ,

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

**nie korzysta** z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stale przebywa
w domu).

...............................................................

(miejscowość i data) .............................................................

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/

członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)