



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 (stałe przebywa
w domu).

.....

(miejsowość i data)

.....

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