



Załącznik nr 13

Potok Wielki, dnia …………………..

……………………………………………………………………   
 Imię i Nazwisko uczestnika Programu  
 (opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę  
 nad osobą niepełnosprawną)

………………………………………………………………………   
 Adres zamieszkania

………………………………………………………………………..   
 (Imię i Nazwisko osoby niepełnosprawnej)

**OŚWIADCZENIE**

dotyczące wskazania w ramach Programu „ Opieka wytchnieniowa ” - edycja 2023

Oświadczam, że:

☐ nie wskazuję ;

☐ wskazuję:

……………………………………………………………………..……………………………

(Imię i Nazwisko, telefon, e-mail)

Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną, a także nie pozostaje ze mną we wspólnym pożyciu, jak też w stosunku przysposobienia.

…………………………………………….   
 Podpis uczestnika Programu