

 

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