

.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu)



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

.....
(adres zamieszkania)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podczas świadczenia usług opieki wytchnieniowej w formie dziennej w ramach programu *Opieka wytchnieniowa* – edycja 2023 w Gminie Borkowice na rzecz

.....
zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z tą osobą niepełnosprawną i sprawuję całodobową opiekę nad tą osobą niepełnosprawną.

.....
(podpis uczestnika Programu)