*……………………………………………………………… ………………………….*

 ( Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie) ( miejscowość )

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że ………………………………………………………………………………………………..

pozostaje pod moją stałą, osobistą i bezpośrednią opieką, w związku z orzeczoną niepełnosprawnością, potwierdzoną orzeczeniem o niepełnosprawności / orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub dokumentem równorzędnym.

 ……………………………………………………
 ( podpis osoby składającej oświadczenie)

**Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowany jest** środków Funduszu Solidarnościowego