Kleszczów, dnia…………………………

…………………………………………..

…………………………………………..

…………………………………………..

………………………………………….

*Oświadczenie*

Oświadczam, że poinformuję o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 (tzn. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej).

**Uczestnik Programu jest obowiązany poinformować Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kleszczowie o powyższych zmianach nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.**

…………………………………………………………..

 (data i podpis)