Załącznik nr 4 do regulaminu
naboru i uczestnictwa w Programie
„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025”

…….
Miejscowość, data

…….
…….
…….
Dane kandydata do Programu

**O Ś W I A D C Z E N I E**
(dot. zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa”– dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025)

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością……
…….., która wymaga stałej opieki w zakresie życia codziennego.

…….
Podpis