Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 5 do regulaminu
naboru i uczestnictwa w Programie
„Opieka wytchnieniowa" – edycja 2025"

……
Miejscowość, data

……

……

……
Dane wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE KANDYDATA DO PROGRAMU
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA" – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2025

Oświadczam, że wybieram osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej na rzecz osoby z niepełnosprawnością -……..
(Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej:…….
……..
Nr telefon : …….....

W/w osoba nie zamieszkuje razem ze mną i z osobą z niepełnosprawnością zgłoszoną do Programu „Opieka wytchnieniowa" oraz nie jest spokrewniona z osobą z niepełnosprawnością.

……
Podpis uczestnika Programu