*Program „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2022*

*Załącznik nr 5*

**Oświadczenie**

Wyśmierzyce, dnia ………………..2022r.

Oświadczam, że jestem opiekunem ……………………………………………………………………………………..

*/imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/stopień pokrewieństwa/*

dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności/osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności/orzeczeniem równoważnym,

które/która nie korzysta z ośrodka wsparcia ani z placówki pobytu całodobowego,

a któremu/której zapewniam osobistą i bezpośrednią opiekę prowadząc z nią wspólne gospodarstwo domowe.

………………………………………………………………………………………………….

*/data czytelny podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej/*