



OŚWIADCZENIE

Jako osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej wskazuję:

.....

Oświadczam, że w/w osoba nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością oraz osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością.

Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba jest przygotowana do realizacji usług opieki wytchnieniowej dla osoby z niepełnosprawnością nad którą sprawuję opiekę.

Miejscowość, dnia

.....

(podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/
opiekuna osoby z niepełnosprawnością)