

Załącznik nr 2 do Regulaminu
Określającego Zasady Realizacji Programu
„Opieka Wytchnieniowa” edycja 2021

.....
(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

.....,data.....
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

pozostaje pod moją stałą, osobistą i bezpośrednią opieką, w związku z orzeczoną niepełnosprawnością, potwierdzoną orzeczeniem o niepełnosprawności/ orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub dokumentem równorzędnym.

W związku ze sprawowaną opieką nie pozostaję w zatrudnieniu, nie prowadzę działalności gospodarczej, nie wykonuję innej działalności zarobkowej.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)