



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



Siedlce, dnia .....

.....  
imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie  
usług opieki wytchnieniowej

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

### OŚWIADCZENIE

osoby ubiegającej się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej

dot.: Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

W związku z ubieganiem się o kwalifikację do Programu pn. *Opieka wytchnieniowa w ramach pobytu dziennego* – edycja 2023 oświadczam, że:

- 1) zamieszkuję oraz prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z dzieckiem niepełnosprawnym/osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

.....  
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

sprawując nad ww. osobą niepełnosprawną bezpośrednią, całodobową opiekę;

- 2) dziecko niepełnosprawne/osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności, nad którą sprawuję opiekę stale przebywa w domu tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu dziennego/całodobowego, np. przedszkola, ośrodka szkolno-wychowawczego, internatu<sup>1</sup>:

Tak

Nie, ośrodek/placówka zapewnia pobyt dzienny/całodobowy

Proszę wymienić ośrodek/placówkę:

.....

<sup>1</sup> właściwe zaznaczyć



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



- 3) wszystkie dane zawarte w Karcie zgłoszenia do Programu *Opieka wychnieniowa – edycja 2023* są zgodnie ze stanem faktycznym.

.....  
*podpis osoby ubiegającej się o przyznanie  
usług opieki wychnieniowej*