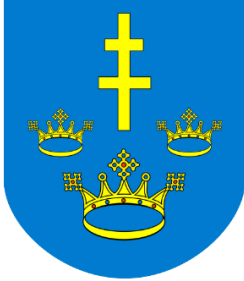


PROGRAM OPIEKA WYTCHNIENIOWA  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
– edycja 2025

Załącznik nr 5: Oświadczenie do Programu: „Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025 finansowanego ze środków  
Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych



**Powiat Starachowicki**



**Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej**

## **OŚWIADCZENIE**

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025  
realizowanego przez Dom Pomocy Społecznej w Starachowicach

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania .....

Oświadczam, że podopieczny .....,  
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stałe przebywa w domu).

Pozostaje pod moją stałą całodobową opieką.

.....  
(miejscowość i data) .....

.....

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)