

PROGRAM OPIEKA WYTCHNIENIOWA – EDYCJA



Powiat Starachowicki



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

OŚWIADCZENIE

Uczestnika/Opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja
2024 realizowanego przez Dom Pomocy Społecznej ul. J. Bema, 27-200 Starachowice.

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 opieką.

.....
(miejscowość i data)

.....
Podpis Uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/
członka rodziny/kuna rawnego/
członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)