Szamotuły, data.....

….....
(Imię i nazwisko)

….....
(adres zamieszkania)

….....
(telefon kontaktowy)

OŚWIADCZENIE

(o chęci uczestnictwa w Programie)

Ja niżej podpisana/y, …..... wyrażam chęć udziału w Programie **„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.** Jestem zainteresowana/y usługami opieki wytchnieniowej dla dziecka z niepełnosprawnością/osoby dorosłej z niepełnosprawnością w stopniu znacznym*, z którą zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym, i nad którą sprawuję całodobową opiekę
w formie:

- pobytu dziennego TAK/NIE*
- pobytu całodobowego TAK/NIE*

….....
(podpis uczestnika Programu)

*zaznaczyć właściwe