**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa”**

**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**OŚWIADCZENIE**

Uczestnika/opiekuna osoby z niepełnosprawnością Programu „Opieka wytchnieniowa”dla JST – edycja 2025

realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Inowrocławiu

**Imię i nazwisko**………………………………………………………………………………………………………………..

**Adres zamieszkania** …………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że podopieczny …………………………………………………………………………………..………,

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

**nie korzysta/korzysta\*** z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących (stale przebywa w domu).

...............................................................

(miejscowość i data) ..............................................................

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/  
członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

* Niepotrzebne skreślić