**Załącznik nr 2 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 Ośrodek Pomocy Społecznej w Inowrocławiu

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

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

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

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

Zamieszkuje razem ze mną i pozostaje pod moją stałą i całodobową opieką.

W gospodarstwie domowym pozostaje …………… (wpisać ilość osób) mogących czasowo wyręczyć mnie w opiece nad osoba z niepełnosprawnością.

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

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

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