



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Stężyca r.

.....
(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie usługi
opieki wytnieniowej)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, finansowanego z Funduszu Solidarnościowego w związku z zapisami części IV ust. 1, 2 i 4 oraz części V ust. 4 Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego,

oświadczam, że jestem członkiem rodziny* / opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad:**

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

i zamieszkuję z nią/nim we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania gminy/powiatu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytnieniowej) w terminie nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....
(podpis osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytnieniowej)