



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 2 do Regulaminu Realizacji Programu
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025 - opieka całodobowa dla Osób
z niepełnosprawnością w Gminie Walce

Walce,
dnia.....

.....

.....

(Imię, nazwisko i adres osoby składającej oświadczenie)

OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYCHNIENIOWEJ

1. Oświadczam, że

.....

(Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

wspólnie ze mną zamieszkuje oraz pozostaje pod moją stałą, osobistą i bezpośrednią opieką,
w związku z orzeczoną niepełnosprawnością, potwierdzoną orzeczeniem o niepełnosprawności,
orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub dokumentem równorzędnym.

2. Osoba z niepełnosprawnością **przebywa / nie przebywa*** na stałe w domu
i **korzysta / nie korzysta***, np. z ośrodka wsparcia i/lub placówek pobytu całodobowego
i/lub środowiskowego domu samopomocy i/lub dziennego domu pomocy i/lub warsztatu
terapii zajęciowej.

3. Oświadczam, że:

- **podejmuję aktywność zawodową / nie podejmuję aktywności zawodowej***
- **uczę się / nie uczę się**
- **studuję / nie studuję**

.....

(Podpis osoby składającej oświadczenie)

* Niewłaściwe skreślić