



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 3 do Realizacji Programu
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2025 - opieka całodobowa dla Osób z niepełnosprawnością
w Gminie Walce

Walce, dnia.....

OŚWIADCZENIE

**dotyczące wskazania placówki świadczącej usługi w ramach Programu „Opieka
wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej całodobowej

Ja, niżej podpisany/-a

.....

1. Nie wskazuję/Wskazuję* miejsca/e do realizacji usługi opieki wytchnieniowej całodobowej
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego–
edycja 2025.

* Niepotrzebne skreślić

2. Nazwa placówki wskazanej do świadczenia usług opieki wytchnieniowej całodobowej:

.....

Adres:

.....

.....

Telefon:

Oświadczam, że wskazane przeze mnie miejsce spełnia kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia
z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

.....

(Podpis osoby składającej oświadczenie)