Załącznik nr 2 do Regulaminu Realizacji Programu – „Opieka wytchnieniowa ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 - opieka dzienna w miejscu zamieszkania Osoby z niepełnosprawnością w Gminie Walce

Walce,
dnia……..……..…..…

……

……

(Imię, nazwisko i adres osoby składającej oświadczenie)

OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

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**
- **studiuję / nie studiuję**

……

(Podpis osoby składającej oświadczenie)

* Niewłaściwe skreślić