



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

Dane Wnioskodawcy

**Oświadczenie uczestnika programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024**

Oświadczam, że

Wybieram osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

Imię i nazwisko:

Telefon:

Email:

W/wymieniona osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
- Jest przygotowana do realizacji usługi opieki wytchnieniowej
- Spełnia warunki określone w punkcie V ust. 8 Programu.

Nie wybieram osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego
uczestnika Programu