***Załącznik nr 3*** *do Regulaminu Rekrutacji oraz udziału
w Programie „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2025*

Miejscowość, data ………….……………………………

………………………………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………………………

(adres zamieszkania opiekuna prawnego lub członkarodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

1. Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością – Panią/Panem/Dzieckiem\*…………………………………………………., która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

2. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem\* osoby z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta/korzysta\* np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnionych, uczących się lub studiujących.

3. Oświadczam, że jestem/nie jestem\* aktywna zawodowo i moja aktywność nie stoi na przeszkodzie sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną.

……...……………...……………………….....

(podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

\*niepotrzebne skreślić