

**Program „Opieka wychnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych  
– edycja 2025**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie - opiekuna faktycznego)

.....  
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że

.....  
(Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością - Uczestnik Programu)

- zamieszkuje razem ze mną i pozostaje pod moją stałą i całodobową opieką,
- nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stale przebywa w domu).

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)