**OŚWIADCZENIE**

**Członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością\***

**przystępującego do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2024**

**realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej**

**Imię i nazwisko** ………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania**…………………………………………………………………………

**Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością dla której jestem opiekunem**

**sprawującym bezpośrednią opiekę**:………………………………………………………

*/imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/*

**korzysta/nie korzysta\*\*** z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.

………………………………………………

 *(miejscowość i data)*

 *…………………………………………………………*

 *podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/*

 *członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością/*

\*- odpowiednie skreślić

\*\*- odpowiednie skreślić