**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** :………………………………………

*/imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/*

**zamieszkuje** razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i pozostaje pod moją bezpośrednią opieką. Osoba z niepełnosprawnością stale przebywa w domu   
i wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

W gospodarstwie domowym pozostaje …………….(wpisać ilość osób) mogących czasowo wyręczyć mnie w opiece nad osobą z niepełnosprawnością.

Oświadczam, że jestem osobą niezatrudnioną/aktywną zawodowo/uczącą się/studiującą\*

………………………………………………

*(miejscowość i data)*

*…………………………………………………………*

*podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/*

*członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością/*

\*- odpowiednie skreślić