

.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podczas świadczenia usług opieki wytchnieniowej w formie dziennej/ całodobowej* w ramach *Programu Opieka Wytchnieniowa* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie Miejskiej Wałcz na rzecz

.....
zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z tą osobą niepełnosprawną i sprawuję całodobową opiekę nad tą osobą niepełnosprawną.

.....
(podpis uczestnika Programu)

*niepotrzebne skreślić