*Załącznik nr 3*

*Oświadczenie osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej*

**Oświadczenie osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Oświadczam, iż sprawuje bezpośrednią opiekę oraz zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z

……………….…………………………………………………………………………...……………………………………………….,

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego;

stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej   
(w przypadku korzystania należy podać nazwę placówki, do której uczęszcza)……………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ponadto jestem osobą:

niezatrudnioną;

uczącą się lub studiującą.

..……………………………………………………………………………..

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*