

Ruda Śląska, dnia

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej
/opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka

.....

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE
Program „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” - EDYCJA 2023

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że mój podopieczny:

Pan/Pani.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

korzysta

nie korzysta

z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego, np. ośrodka szkolno-wychowawczego czy internatu.

.....
Podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk)