



.....
Miejscowość, data

.....

.....

.....

Dane opiekuna/opiekuna prawnego

O Ś W I A D C Z E N I E

(dot. zgłoszenia do Programu „Opieka wychnieniowa” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2026)

1. Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z dzieckiem z niepełnosprawnością....., które wymaga stałej opieki w zakresie życia codziennego, nad którym sprawuję bezpośrednią opiekę.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję warunki udziału w Programie, regulamin oraz klauzulę RODO.
3. Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.

.....
Podpis opiekuna/opiekuna prawnego

