



.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
O SPRAWOWANIU CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKIWANIU
WE WSPÓLNYM GOPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem¹

Pana/Pani.....i sprawuję nad nią bezpośrednią,
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

całodobową opiekę oraz, że zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
Podpis członka rodziny lub opiekuna

¹ Niepotrzebne skreślić