

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

Ja, niżej podpisana/y ....., wnioskuję o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością:

.....  
(Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością)

1. Wskazuję do świadczenia usług opieki wytchnieniowej (za uprzednią pisemną zgodą gminy/powiatu):
2. Imię i nazwisko: .....
3. Adres: .....  
Telefon: .....
4. Oświadczam, że wskazana osoba nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie zamieszkującą wspólnie z osobą niepełnosprawną.
5. Wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie usług w miejscu ich realizacji.

.....  
(Podpis Uczestnika Programu)

## ZATWIERDZENIE PRZEZ GMINĘ

Potwierdzam zgodę na realizację usług w/w miejscu i przez w/w osobę.

.....