

.....

.....

Imię i Nazwisko

Miejscowość, data

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ I 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 zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....

Podpis członka rodziny lub opiekuna

¹ Niepotrzebne skreślić