

## OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026 realizowanego przez Centrum Usług Społecznych w Siechnicach

**Imię i nazwisko** .....

**Adres zamieszkania**

.....

**Oświadczam, że uczestnik**

.....

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

stale przebywa w domu i nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego  
/ członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)