Ośrodek Pomocy Społecznej

Ul. Henryka Sienkiewicza 1

47-400 Racibórz

............................................

 (miejscowość i data)

..................................................................

 (Imię i nazwisko opiekuna prawnego

 lub członka rodziny

 /opiekuna osoby niepełnosprawnej)

.................................................................

.................................................................

.................................................................

 (adres zamieszkania/telefon kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że jestem zainteresowany/a skorzystaniem z opieki wytchnieniowej w ramach corocznie ogłaszanego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Programu „Opieka wytchnieniowa”:

1. W ramach **pobytu dziennego** w:
* ośrodku wsparcia
* miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej
* innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu
1. W ramach **pobytu całodobowego** w:
* ośrodku wsparcia
* miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej
* innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu

.......................................................

(podpis opiekuna prawnegolub członka rodziny /opiekuna osoby niepełnosprawnej)