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)