

Program „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowany z Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 4 do Regulamin realizacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025  
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA  
O SPRAWOWANIU CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKIWANIU  
WE WSPÓLNYM GOPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ Z  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem<sup>1</sup>

Pana/Pani.....  
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością.

i sprawuję nad nią bezpośrednią, całodobową opiekę oraz, że zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....  
Podpis wnioskodawcy

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić