

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

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

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem¹

Pana/Pani.....
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.

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

.....
Podpis członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej

¹ Niepotrzebne skreślić