……………………………………….
(miejscowość, data)

……………………………………………...........

(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie - opiekuna faktycznego)

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

Adres zamieszkania

# **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że ………………………………………………………………………………………

(Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością - Uczestnik Programu)

* zamieszkuje razem ze mną i pozostaje pod moją stałą i całodobową opieką,
* nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stale przebywa w domu).

............…………………………………

(podpis osoby składającej oświadczenie)