

.....
(miejscowość, data)

Oświadczenie opiekuna faktycznego dotyczące osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej

Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026

1. Dane opiekuna faktycznego

- Imię i nazwisko:
- Adres zamieszkania:
- Telefon kontaktowy:

2. Dane osoby wskazanej do świadczenia usług opieki wytchnieniowej

- Imię i nazwisko:
- Adres zamieszkania:
- Telefon kontaktowy:

3. Oświadczenia opiekuna faktycznego

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

- Osoba wskazana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej jest pełnoletnia
- Osoba wskazana nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, nie jest jej opiekunem ani osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością.
- Wyrażam zgodę na świadczenie przez wskazaną osobę usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa 2026”.
- wskazana osoba jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

.....
Podpis opiekuna faktycznego