



.....

Miejscowość, data

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ I CAŁODOBOWEJ OPIEKI
ORAZ
ZAMIESZKANIU WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM
Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem¹

Pana/Pani.....i sprawuję nad nią bezpośrednią,
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....

Podpis członka rodziny lub opiekuna

¹ Niepotrzebne skreślić