



## OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST – edycja 2026 realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyrach

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania .....

Oświadczam, że uczestnik .....,  
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

**nie korzysta/korzysta\*** z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stale przebywa w domu). Jeżeli korzysta to wpisać gdzie i w jakich godzinach.

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

.....

(miejsowość i data)

.....  
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/  
członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

\*niepotrzebne skreślić