



Powiat Starachowicki



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025
realizowanego przez Dom Pomocy Społecznej w Kałkowie - Godowie

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Oświadczam, że podopieczny.....,

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stałe przebywa w domu).
Pozostaje pod moją stałą całodobową opieką.

.....

(miejscowość i data)

.....

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