………………………………………… …………………...

Imię i Nazwisko Miejscowość, data

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

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ I CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKIWANIU WE WSPÓLNYM GOPODARSTWIE 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