

**Oświadczenie uczestnika**

Ja niżej podpisany/podpisana ………………….………..…………………..…………………………………………………………, zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………..……………………………….

**Oświadczam, że mieszkam we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą
z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi
w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” dla jednostek samorządu terytorialnego – edycja 2025.**

***Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).***

Miejscowość ………………, data …………. …….……………………..…………………………………………………
  *(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*