*Załącznik nr 3*

**Oświadczenie**

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej

ze środków Funduszu Solidarnościowego

**Imię i nazwisko** ……………………………………………………………………………………………………………………...

**Adres zamieszkania**………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że podopieczny ………………………………………………………………………………………………...

*/imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/stopień pokrewieństwa/*

**korzysta/nie korzysta\*** z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stale przebywa w domu). Zamieszkuję z podopiecznym we wspólnym gospodarstwie domowym i sprawuję całodobową opiekę nad nim.

………………………………………………

*(miejscowość i data)*

*…………………………………………………………*

*podpis oopiekuna prawnego/*

*członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej/*

\*-niepotrzebne skreślić