



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA  
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ I CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKIWANIU WE  
WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem<sup>1</sup>

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**

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić