



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



W LEGNICY

## OŚWIADCZENIE

Uczestnika/opiekuna osoby niepełnosprawnej Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST –  
edycja 2024 realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Legnicy

**Imię i nazwisko** .....

**Adres zamieszkania** .....

Oświadczam, że uczestnik .....,  
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

**nie korzysta** z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego (stale przebywa  
w domu).

.....  
(miejscowość i data)

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