



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



W LEGNICY

.....
(miejsowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu/
opiekuna prawnego/członka rodziny)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba - Pani/Pan,
....., która świadczyć będzie
usługę opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, nie jest członkiem mojej rodziny*, nie jest moim
opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

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

**) Za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.*



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



W LEGNICY

.....
(miejsowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu/
opiekuna prawnego/członka rodziny)

.....
(adres zamieszkania)

DEKLARACJA

Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/członka rodziny do wskazania osoby mającej świadczyć usługi opieki wytchnieniowej

Ja,

Uczestnik Programu/opiekun prawny/członek rodziny uczestnika wskazuje Panią/Pana

.....
jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia opieki wytchnieniowej w ramach ww. Programu.

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