**………………………………………… …………………...**

**Imię i Nazwisko Miejscowość, data**

**..........................................**

**Adres zamieszkania**

**…………………………………………**

**Numer telefonu**

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
O SPRAWOWANIU CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKIWANIU
WE WSPÓLNYM GOPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem¹

Pana/Pani…………………………………………………………………….i sprawuję nad nią bezpośrednią,

 **Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej**

całodobową opiekę oraz, że zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

...………………………………………………….

**Podpis członka rodziny lub opiekuna**

¹ Niepotrzebne skreślić