

DEKLARACJA

uczestnictwa w **Programie „Opieka Wytchnieniowa – edycja 2021”**,
realizowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

Imię i nazwisko uczestnika

Adres zamieszkania

Numer telefonu kontaktowego

Deklaruję chęć uczestnictwa w Programie Opieka Wytchnieniowa – edycja 2021, realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zawierciu, w ramach środków finansowych Funduszu Solidarnościowego.

Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/ opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad (właściwe zaznaczyć):

- 1) dzieckiem niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji
- 2) osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności

....., dniar.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis)