………………………………………… Świnoujście, data ………………

Imię i Nazwisko

...............................................................

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

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

Oświadczam, że

1. jestem członkiem rodziny/opiekunem¹ Pani/Pana:

 ………………………………………………………………………………………………

**(imię i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością)**

1. sprawuję całodobową opiekę nad ww. osobą,
2. zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z ww. osobą.

...………………………………………………….

**Podpis członka rodziny lub opiekuna prawnego osoby z niepełnosprawnością**

¹ Niepotrzebne skreślić