

Świerklany, .....

**Oświadczenie uczestnika  
Programu „Opieka Wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Ja .....oświadczam,

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z

.....

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego.

.....