



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Zadanie realizowane w ramach programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego

*Załącznik Nr 2 do Regulaminu realizacji Programu
„Opieka Wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Kostrzynie nad Odrą*

Kostrzyn nad Odrą, dn.

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres zamieszkania opiekuna prawnego lub
członka rodziny/opiekuna osoby
z niepełnosprawnością)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie z osobą z niepełnosprawnością – Panią/Panem*, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

.....
(podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/
opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

*niepotrzebne skreślić