



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ I 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 zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
Podpis członka rodziny lub opiekuna

¹ Niepotrzebne skreślić