

Szczepieszyn, dnia

Oświadczenie

Oświadczam, iż osoba niepełnosprawna.....,

(Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

- stale przebywa w domu i nie korzysta z żadnej formy wsparcia,
- korzysta z formy wsparcia (ośrodek wsparcia, placówka typu całodobowego, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy, warsztaty terapii zajęciowej, inne

* właściwie zakreślić

.....
(Data i czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)