

Załącznik nr 5 do Karty zgłoszenia do Programu

OŚWIADCZENIE

Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej
(członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

Imię i nazwisko:.....

Numer PESEL:

Dane osoby wskazanej do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL:

Numer telefonu/email:

Wykształcenie/kwalifikacje:

.....

.....

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby
z niepełnosprawnością