

Załącznik nr 4

do **Regulamin rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa”**

 **dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

**w Powiecie Radomskim**

**Oświadczenie o korzystaniu ze wsparcia placówek**

Ja niżej podpisany/podpisana

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

oświadczam, iż osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę

………………………………………………………………………………………………………………………………………………. stale przebywa w domu, tj. nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówek pobytu całodobowego, w tym też ośrodka szkolno- wychowawczego czy internatu.

Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)