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

 (miejsce i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)

.................................................................

(ulica, nr domu)

.................................................................

(kod pocztowy, miejscowość)

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIENIU DODATKOWYCH KRYTERIÓW UCZESTNICTWA**

Przystępując do programu „Opieka wytchnieniowa” oświadczam, że spełniam następujące kryteria preferencyjne do udziału w programie:

1. jestem członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami/dzieckiem z niepełnosprawnością, które stale przebywają w domu i nie korzystają np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.

 TAK NIE \*

…………………………………………………………………………………………

(*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*)

\*niepotrzebne skreślić