



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



W LEGNICY

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu/  
opiekuna prawnego/członka rodziny)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba - Pani/Pan .....,  
....., która świadczyć będzie  
usługę opieki wychowawczej w ramach Programu „Opieka wychowawcza” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2025, nie jest członkiem mojej rodziny\*, nie jest moim opiekunem prawnym  
oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....  
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/członka rodziny)

\*) Za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



W LEGNICY

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu/  
opiekuna prawnego/członka rodziny)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

### DEKLARACJA

**Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/członka rodziny do wskazania osoby  
mającej świadczyć usługi opieki wytchnieniowej**

Ja, .....,

Uczestnik Programu/opiekun prawny/członek rodziny uczestnika wskazuje Panią/Pana .....

.....

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia opieki wytchnieniowej w ramach ww. Programu.

.....  
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego/członka rodziny)