



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



W LEGNICY

.....
(miejsowość 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)



Ministerstwo Rodziny
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
wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, nie jest członkiem mojej
rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

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