

# TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

.....

miejsowość, data

.....

imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....

.....

adres e-mail, nr telefonu

## **OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że sprawuję faktyczną opiekę nad osobą zaliczoną do osób z niepełnosprawnością, a przez to niesamodzielną.

.....

podpis rodzica / opiekuna

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że mieszkam pod adresem:

.....

.....

podpis rodzica / opiekuna



Projekt „Opieka Wytchnieniowa w Gminie Wrocław” współfinansowany przez Gminę Wrocław [www.wroclaw.pl](http://www.wroclaw.pl)

**Wrocław** miasto spotkań



# TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że nie korzystałam/em w bieżącym roku kalendarzowym z tzw. opieki wytchnieniowej (dotyczy to różnych form opieki wytchnieniowej). W przypadku korzystania z opieki wytchnieniowej w danym roku kalendarzowym, należy wskazać ilość dni.

.....

.....

podpis rodzica / opiekuna



# TY TEŻ POTRAFISZ POMÓC!

Oświadczam, iż osoba dorosła z niepełnosprawnością pozostająca pod moją opieką jest osobą: posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, ubezwłasnowolnioną częściowo, ubezwłasnowolnioną całkowicie.<sup>1</sup>

.....  
podpis rodzica / opiekuna

---

<sup>1</sup> niewłaściwe skreślić

