

Racibórz, dnia .....

### **Oświadczenie**

Oświadczam, iż osoba niepełnosprawna .....,

(Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

- stale przebywa w domu i nie korzysta z żadnej formy wsparcia \*,
- korzysta z formy wsparcia (ośrodek wsparcia, placówka typu całodobowego, środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy, warsztaty terapii zajęciowej, inne .....) \*.

\* właściwe zakreślić

.....  
(Data i czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)