Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Kaliszu

„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

.....
(miejscowość i data)

….....

(imię i nazwisko)

….....

(adres)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYBORU OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

Ja, niżej podpisana/podpisany oświadczam, że samodzielnie wskażę wybranego przez siebie osobę w ramach Programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
W związku z powyższym, wskazuję Pana/ią ……..……..……..……
adres zamieszkania ..……..….....telefon kontaktowy.....

Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny (rodzicem, dzieckiem, rodzeństwem, wnukiem, dziadkiem, teściami, macochą, ojczymem), nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

Wskazana przeze mnie osoba jest przygotowana do realizacji usługi opieki wytchnieniowej.

….....

(podpis)