……………………………

(miejscowość i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że osoba wykonująca „Opiekę wytchnieniową” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 Pani/Pan ..............................................................................  
nie jest członkiem mojej rodziny[[1]](#footnote-1), nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.......................................................

(podpis Uczestnika Programu)

1. Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością. [↑](#footnote-ref-1)