**OŚWIADCZENIE
osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej
(opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)**

Ja, niżej podpisany(a) …………………………………………………………………...

(Imię i nazwisko)

zamieszkały(a)…………………………………………………………………………………..

(Adres)

**oświadczam, że:**

* mieszkam na terenie powiatu lubaczowskiego

 ……………………………………… ……………………………………

 (Miejscowość i data) (Podpis uczestnika projektu)

* uczestnik nie korzysta z ośrodka wsparcia lub placówki pobytu całodobowego\*
* uczestnik korzysta z ośrodka wsparcia\*
* uczestnik korzysta z placówki pobytu całodobowego\*

……………………………………… ……………………………………

 (Miejscowość i data) (Podpis uczestnika projektu)

* nie korzystam w 2023 r., z usługi opieki wytchnieniowej, której realizatorem jest inna jednostka samorządu terytorialnego niż powiat.

 ……………………………………… ……………………………………

 (Miejscowość i data) (Podpis uczestnika projektu)

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

 ……………………………………… ……………………………………

 (Miejscowość i data) (Podpis uczestnika projektu)