****

**Oświadczenie uczestnika**

Ja niżej podpisany/podpisana

…………….………..…………………..…………………………………………………………, zamieszkały/a ………………………….………...……………………………………………………………..……….

**Oświadczam, że mieszkam we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą   
z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi   
w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” dla jednostek samorządu terytorialnego – edycja 2026.**

***Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych   
z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk).***

Miejscowość………………,data………….

.…………………………………………………  
  *(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)*