**Oświadczenie uczestnika Programu "Opieka wytchnieniowa - edycja 2023" realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej we Wschowie  
dotyczące wskazania osoby, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej.**

Ja niżej podpisana/y ..................................................................................................................  
zam. ...........................................................................................................................................

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, wskazuję niżej wymienioną osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej:

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

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Wnoszę o realizację usług opieki wytchnieniowej w wymiarze: ............... godzin w 2023 roku.  
Ponadto oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba, która będzie świadczyć usługę nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

..............................................................................   
 data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

….........................................................................

data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie