

Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością.....

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

Ja niej podpisany oświadczam, że w momencie przystąpienia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 osoba niepełnosprawna którą się opiekuję korzysta / nie korzysta* z innych form wsparcia o charakterze usług opiekuńczych w innych placówkach lub w Caritas Diecezji Kieleckiej.

Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

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

.....

Data

.....

Czytelny podpis Uczestnika Programu

*niepotrzebne skreślić