

**Oświadczenie Uczestnika Programu  
„Opieka wychnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych– edycja 2025**

**Akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wychnieniowej  
ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością**

Oświadczam, iż akceptuję Pana/-nią:

.....  
(Imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usługi opieki wychnieniowej)

Do świadczenia usługi opieki wychnieniowej na rzecz:

.....  
.....  
(Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

Miejscowość ....., data .....

.....  
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością



**DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW  
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU CELOWEGO  
FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY**

„OPIEKA WYTCHNIENIOWA”  
DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH – EDYCJA 2025