



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

....., 2025 r.
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko Uczestnika Programu

.....

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI OPIEKUNA WYTCNIENIOWEGO

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że akceptuję Panią/Pana:

.....
imię i nazwisko wskazanego opiekuna wytchnieniowego

do świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla mojego małoletniego dziecka/ podopiecznego:

.....
imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością do ukończenia 18 roku życia

.....
podpis Uczestnika Programu