



Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Karsinie



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Karsin, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby
niepełnosprawnej)

Oświadczenie

Oświadczam, że zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie z osobą z niepełnosprawnością
i sprawuję całodobową opiekę nad tą osobą.

.....
(opiekuna prawnego lub członka rodziny/
opiekuna osoby niepełnosprawnej)