

Trąbki Wielkie, dnia

.....

.....

.....

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu, adres)

Oświadczenie

Oświadczam, że poinformuję niezwłocznie Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Trąbkach Wielkich o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach innych programów dotyczących usług opieki wytchnieniowej).

.....

(podpis uczestnika Programu)