Załącznik Nr 4 do Regulaminu określającego zasady przyjmowania zgłoszeń i zasady realizacji
Programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

**P I S E M N A A K C E P T A C J A**

**osoby Opiekuna świadczącego opiekę wytchnieniową nad małoletnim dzieckiem**

 Ja niżej podpisany/a deklarując udział w resortowym programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej **„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**oświadczam, że:**

akceptuję Panią / Pana ……………………………………………....… jako Opiekuna

 (imię i nazwisko)

do świadczenia w ramach usług opieki wytchnieniowej i opieki **nad osobą małoletnią z niepełnosprawnością (dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia)** moim synem / moją córką

………………………………………………….. zamieszkałym/ą w Sieradzu przy ul. …………………………

 (imię i nazwisko dziecka)

………..…...………………………………………………...

 ………………………………………………………………………

 (Czytelny podpis kandydata na uczestnika lub opiekuna prawnego osoby małoletniej
 albo osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie)