

*Załącznik Nr 4 do Regulaminu określającego zasady przyjmowania zgłoszeń i zasady realizacji
Programu „Opieka wychnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026*

PISEMNA AKCEPTACJA

osoby Opiekuna świadczącego opiekę wychnieniową nad małoletnim dzieckiem

Ja niżej podpisany/a deklaruję udział w resortowym programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

oświadczam, że:

akceptuję Panią / Pana jako Opiekuna

(imię i nazwisko)

do świadczenia w ramach usług opieki wychnieniowej 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)