Załącznik nr 6 do Regulaminu

Krosno, dn …………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 r. realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Krośnie.

Oświadczam, że zobowiązuję się niezwłocznie (nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany) poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Krośnie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej
w ramach Programu (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/opiekuna prawnego)