

Załącznik nr 8

.....

(imię i nazwisko kandydata pełnoletniego)

.....

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O SPRAWOWANIU OPIEKI PRZEZ KANDYDATA PEŁNOLETNIEGO
NAD BLISKĄ OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, iż opiekuję się bliską osobą niepełnosprawną

.....

(imię i nazwisko tej osoby, stopień pokrewieństwa)

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

OŚWIADCZENIE

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)