Rypin dnia..................................

OŚWIADCZENIE

o sprawowaniu bezpośredniej opieki nad osobą niepełnosprawną

.......................................................................................................................................................
( Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Oświadczam, że ..............................................................................................................
pozostaje pod moją stałą, osobistą i bezpośrednią opieką, w związku z orzeczoną niepełnosprawnością, potwierdzoną orzeczeniem o niepełnosprawności / orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub dokumentem równorzędnym.

W związku ze sprawowaną opieką nie pozostaję w zatrudnieniu, nie prowadzę działalności gospodarczej, nie wykonuję innej działalności zarobkowej.

...............................................................
( podpis osoby składającej oświadczenie)