



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 3
do Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu
„Opieka wychnieniowa” dla JST– edycja 2026

.....
Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego*

.....
Adres zamieszkania rodzica /opiekuna prawnego*

.....
Numer telefonu rodzica /opiekuna prawnego*

**AKCEPTACJA OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ OPIEKI WYCHNIENIOWEJ DLA RODZICA/OPIEKUNA
PRAWNEGO DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

W związku z realizacją Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2026, oświadczam, że akceptuję Pana/Panią

.....,
(imię i nazwisko osoby świadczącej usługę opieki wychnieniowej)

do świadczenia usługi opieki wychnieniowej na rzecz mojego dziecka/podopiecznego*

.....
(imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością)

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego*

W przypadku sprawowania opieki prawnej nad dzieckiem z niepełnosprawnością - do 16 r.ż., należy
załączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego ustanowienie opieki prawnej.

* niewłaściwe skreślić