**Oświadczenie członka gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością,
o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą
z niepełnosprawnością:**

*„Łódzki kompas wsparcia społecznego i zawodowego”*

Ja, niżej podpisany/a rodzic/opiekun prawny: ...............................................................

zamieszkały/a w ................................................................ , powiat ..............................

w województwie łódzkim, numer PESEL ..................................... , oświadczam, iż nie pracuję z powodu konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem / podopiecznym
z niepełnosprawnością.

Imię i nazwisko dziecka / podopiecznego z niepełnosprawnością:………………………

……………………………………………………………………………………………….…..

Dziecko / podopieczny jest osobą z niepełnosprawnością na podstawie: .....................

........................................................................................................................................

Charakter orzeczenia:.....................................................................................................

Orzeczenie wydano do: ..................................................................................................

**Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą, oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.**

......................................... …………………………............................

 Data Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego