**Oświadczenie uczestnika**

**Programu „*Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego***

**– edycja 2025**

Ja niżej podpisany/podpisana

………………….………..…………………..………………………………………………,

zamieszkały/a

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

**Do realizacji usług opieki wytchnieniowej:**

☐ **Wskazuję osobę:**

imię i nazwisko ..……………………………………………………………………….

numer telefonu …………………………………………………………………………

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością), nie jest moim opiekunem prawnym i osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną;

- jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

Jednocześnie oświadczam, że przekazałem/łam poniższą klauzulę informacyjną wyżej wskazanej osobie.

☐ **Nie wskazuję żadnej osoby**

**Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).**

Miejscowość i data ………………………………………………

…………………..…………………………………………………

*(podpis składającego oświadczenie)*

 zaznacz właściwe