

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE
Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

I. Ja niżej podpisany, oświadczam, co następuje:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” edycja 2023.
2. Zostałem/am poinformowany/a, o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej.
4. Jestem świadomy/świadoma, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu, nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych
5. Osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuję całodobową opiekę **korzysta / nie korzysta** z dodatkowego wsparcia (niewłaściwe przekreślić).

Jeśli korzysta proszę podać rodzaj wsparcia:

.....
.....

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Pouczenie:

Art. 233 kk - § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8 - § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5

.....
Podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej