

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

(miejscowość i data)

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

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

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

(adres zamieszkania)

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

(telefon)

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

I. Ja niżej podpisany, oświadczam, co następuje:

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Teytorialnego - edycja 2024.
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 2023 poz. 901, 1693, 1938, 2760, z 2024 poz.743, 858, 859) 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 najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5

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

Podpis opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

Wsparcie finansowane jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024