

.....
(miejscowość i data)

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

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE

Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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 Terytorialnego - edycja 2025.
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 inne usługi finansowane ze środków Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych 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