

.....
(miejscowość, data)

.....
nazwisko i imię uczestnika Programu (członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością)
„Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2026

zam
(adres)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie w Karcie zgłoszenia do Programu, stanowiącej Załącznik nr 7 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026, do świadczenia usług opieki wytchnieniowej

.....
(imię i nazwisko, adres, tel. kontaktowy)

jest przygotowana do realizacji ww. usług oraz że nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu zapisu, o którym mowa w części IV ust. 6 Programu, nie zamieszkuje razem z osobą z niepełnosprawnością oraz nie jest jej opiekunem. Ponadto zobowiązuję się do comiesięcznego potwierdzenia realizacji godzin pracy przez ww. osobę - usług opieki wytchnieniowej – zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym.

POUCZENIE:

Zgodnie z zapisem w części IV ust. 6 Programu ”Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 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, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)