

OŚWIADCZENIE

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, oświadczam, że wraz z

moim/ją podopiecznym/ą

jestem

nie jestem

uczestnikiem Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 w innych podmiotach realizujących powyższy program (np. ośrodki pomocy społecznej, fundacje, stowarzyszenia, itp.) *

.....

.....

liczba zrealizowanych dotychczas godzin -

* (w przypadku uczestniczenia w powyższym programie wskazać podmiot i liczbę dotychczas zrealizowanych godzin)

Ponadto oświadczam iż:

mój podopieczny/a wymaga stałej opieki w zakresie życia codziennego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
stałe przebywa w domu i sprawuję nad nim bezpośrednią opiekę	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
zamieszkuje razem ze mną we wspólnym gospodarstwie	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
uczy się, studiuje	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
pracuje	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
korzysta z placówki całodobowej, ośrodka wsparcia np. środowiskowego domu samopomocy, dziennego domu pomocy, warsztatu terapii zajęciowej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością