

.....
(miejscowość i data)

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

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE
Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

Oświadczam, że sprawuję całodobową bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Pracuję/Nie pracuję* zawodowo, nie korzystam/korzystam*: z Ośrodka wsparcia, placówek pobytu całodobowego np. ośrodka szkolono – wychowawczego czy internatu.

Zamieszkuję z nią/nim we wspólnym gospodarstwie domowym.

Nie korzystałam/em w roku 2023 z opieki wytchnieniowej – edycja 2023 w innej gminie.

Zostałam/em poinformowana/y, że w godzinach realizacji usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 poz. 2268 z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych (dotyczy m.in. Programu MRiPS „Opieka wytchnieniowa dla rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami”).

.....
(podpis Uczestnika Programu)

Zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego 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 od 6 miesięcy do lat 8.

*niepotrzebne skreślić