

Włodawa, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko uczestnika Programu)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU  
„OPIEKA WYTCNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025**

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do świadczenia z usług opieki wytchnieniowej, w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

Imię i Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

- nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością (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),
- nie jest opiekunem osoby z niepełnosprawnością (na potrzeby realizacji Programu za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka),
- nie jest osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością,
- jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla osoby z niepełnosprawnością.

Stosownie do zapisu części V ust. 9 Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 akceptuję w/w-ną osobę do świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla mojego małoletniego dziecka .....

(imię i nazwisko dziecka)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.\*

Zobowiązuję się do poinformowania Realizatora Programu, tj. Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej we Włodawie o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z przyznanych usług opieki wychnieniowej, a jeśli to będzie wymagane - do złożenia stosownego oświadczenia na piśmie.

.....  
Podpis uczestnika Programu

\* Art. 233 Kodeksu Karnego - § 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 od 6 miesięcy do lat 8.