

Koszalin, ..... 2024 roku

.....  
(imię i nazwisko)

ul.....

.....-..... Koszalin  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

### do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem\* się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz spełniam warunki zawarte w ww. Programie:

1. Osoba z niepełnosprawnością nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*.
2. Zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością

.....,  
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

3. Opiekun osoby z niepełnosprawnością pracuje/nie pracuje\*.
4. Korzystam aktualnie z dodatkowego wsparcia, np. w formie usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, uczestnictwa w dziennych ośrodkach wsparcia (zaznacz krzyżykiem):

TAK

NIE

Jeśli TAK, wymień formę dodatkowego wsparcia:.....

5. Korzystałam/em z usług opiekuna wytchnieniowego oraz asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach poprzednich edycji Programów oraz w ramach innych projektów (zaznacz krzyżykiem):

TAK

NIE

Jeśli TAK, w którym roku:.....

6. Dziecko jest wychowywane w rodzinie zastępczej (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) – zaznacz krzyżykiem:
- TAK
  - NIE
  - NIE DOTYCZY
7. Dziecko jest wychowywane w gospodarstwie domowym z innym dzieckiem z niepełnosprawnością (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) – zaznacz krzyżykiem:
- TAK
  - NIE
  - NIE DOTYCZY
8. Dziecko jest wychowywane przez jednego rodzica/opiekuna prawnego (dotyczy zgłoszeń dzieci z niepełnosprawnością) – zaznacz krzyżykiem:
- TAK
  - NIE
  - NIE DOTYCZY
9. Poinformuję Realizatora zadania o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na kwalifikacje do Programu „Opieka wytchniniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

### **POUCZENIE**

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.”

§6. Przepisy § 1 [...] stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie [...]

Oświadczam, że zostałem(am) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej. Powyższe pouczenie zrozumiałem(am) i przyjąłem(am) do wiadomości i stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

\*niewłaściwe skreślić