



## Powiat Dzierżoniowski

*Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024*

### OŚWIADCZENIE

**Uprzedzona/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)

Oświadczam, że mój podopieczny/a:

wymaga stałej opieki w zakresie życia codziennego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
stale 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"/>

domowym	
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"/>

.....  
(czytelny podpis członka rodziny / opiekuna osoby z niepełnosprawnością)