



Powiat Dzierżonowski

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

OŚWIADCZENIE

Uprowadzona/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” (Dz.U. z 2024 roku, poz. 17 z późn. zm.)

oświadczam, że wraz z moim/ją podopiecznym/ą
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

jestem

nie jestem

uczestnikiem Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 w innych podmiotach realizujących powyższy program (np. ośrodki pomocy społecznej, fundacje, stowarzyszenia, itp.) *

Jestem wliczba zrealizowanych dotychczas godzin to -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 domowym	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"/>

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