

## OŚWIADCZENIE

dotyczące wskazania opiekuna w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Ja, niżej podpisany/-a .....,

wskazuję następującą osobę do pełnienia funkcji opiekuna:

Imię i nazwisko opiekuna: .....

Adres: .....

Telefon: .....

Wskazana osoba pracuje/nie pracuje zawodowo (niewłaściwe skreślić).

**Ponadto – pouczoney/-a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny<sup>1</sup> za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawy – oświadczam, że:**

1. wskazany przeze mnie opiekun nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym i nie zamieszkuje razem ze mną<sup>2</sup>;
2. wskazany przeze mnie opiekun jest przygotowany do realizacji wobec mnie/mojego podopiecznego usług opieki wytchnieniowej.

Miejscowość i data: .....

.....

podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

<sup>1</sup>Art. 233. § 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.

<sup>2</sup>Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawności uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.