

**Zadanie publiczne współfinansowane ze środków Funduszu solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej**

**PROGRAM OPIEKA WYTCHNIENIOWA – edycja 2022**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

**uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Rajczy dotyczące wskazania osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej.**

Ja niżej podpisany (a) :

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………….. telefon…………………………………………………………………………………………………………………………….…

Zamieszkały(a)……………………………………………………………………………………………………………………

**Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy 1 oświadczam:**

1. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia wyżej wymienionych usług:

Nazwisko i imię: …..................................................................................................................................

Adres zamieszkania: …..................................................................................................................................

Telefon: …...................................................................................................................................

E- mail: ….....................................................................................................................................

1. Wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.
2. Wskazana przeze mnie osoba spełnia wymogi programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 tj.
3. osoba posiadająca dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym

realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej \*

1. osoba posiadające co najmniej roczne, udokumentowane, doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.\*
2. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………... …………………………………………. Miejscowość i data czytelny podpis uczestnika Programu

\*niepotrzebne skreślić

Art. 233 kk - § 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 do lat 8 - § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 – § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.