Załącznik nr 4 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa”− edycja 2024

………………………………………… …………………...

Imię i Nazwisko Miejscowość, data

..........................................

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA
O SPRAWOWANIU BEZPOŚREDNIEJ I CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKIWANIU WE WSPÓLNYM GOPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ**

Oświadczam, że:

1. jestem członkiem rodziny/ opiekunem

Pana/Pani………………………………………………………………………….…….i sprawuję nad nią bezpośrednią,

 **Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej**

całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym.

1. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie
2. Zostałem/am poinformowany/a o finasowaniu Programu ze środków Funduszu
Solidarnościowego
3. Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń
niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk)(1).

 ...………………………………………………….

 **Podpis członka rodziny/opiekuna**

1. 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”