



OŚWIADCZENIE
dotyczące wskazania opiekuna w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

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 – pouczony/-a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny¹ 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 mną²;
2. wskazany przeze mnie opiekun jest przygotowany do realizacji wobec mnie/mojego podopiecznego usług opieki wytchnieniowej.

.....

Miejscowość, data

.....

podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

1 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.

2 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.