



Zamość, dnia

.....
(Imię i Nazwisko osoby zainteresowanej)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023, wskazuję niżej wymienioną osobę do świadczenia usług opieki wytchnieniowej

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Ponadto oświadczam, że:

- 1) wskazany przeze mnie opiekun nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną. Za członków rodziny uznaje się wstępnych (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie) lub zstępnych (dzieci, wnuki, prawnuki), małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z Uczestnikiem;
- 2) wskazany przeze mnie opiekun jest przygotowany do realizacji usług opieki wytchnieniowej;
- 3) zobowiązuje się do poinformowania Realizatora Programu, tj. Miejskie Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu o każdej zmianie mającej wpływ na korzystanie z przyznanych usług opieki wytchnieniowej, a jeśli to będzie wymagane - do złożenia stosownego oświadczenia na piśmie;
- 4) Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

.....
(Podpis osoby zainteresowanej udziałem w Programie/opiekuna prawnego)

* Art. 233 Kodeksu Karnego - § 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.