

.....
Imię i Nazwisko.....
Miejscowość, data.....
Adres zamieszkania.....
Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” -EDYCJA 2023,
DOTYCZĄCE WSKAZANIA OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ OPIEKI
WYTCHNIENIOWEJ**

Oświadczam, że:

- ☐ Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego
- ☐ Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej
- ☐ **Wskazuję Pana/Panią:**

.....
Imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu

do świadczenia usługi opieki wytchnieniowej oraz oświadczam, że osoba ta spełnia wymagania programu dotyczące realizacji usługi opieki wytchnieniowej

☐ **Nie wskazuję opiekuna**

Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk)¹⁾.

.....
**Podpis uczestnika programu
lub 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”