

.....
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, całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we
wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie
3. Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu
Solidarnościowego

4. Zostałem/-am pouczone/-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”