

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYBORU OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ ( W  
PRZYPADKU WYBRANEJ PRZEZ SIEBIE OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ)**

**Ja niżej podpisany/-a:**

Imię i nazwisko:

Telefon:

Zamieszkały/-a:  ulica  nr domu  nr mieszkania  
Kod pocztowy:  Miejscowość:

**Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks  
Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy<sup>1</sup> oświadczam co następuje:**

1. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka  
wytchnieniowa” – edycja 2023, wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego opiekuna:

Imię i nazwisko:

Telefon:

Zamieszkały/-a:  ulica  nr domu  nr mieszkania  
Kod pocztowy:  Miejscowość:

Jednocześnie **dołącza się dokumenty potwierdzające posiadanie dyplomu** potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikających z Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu) **lub co najmniej 6 - miesięczne doświadczenie** w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (doświadczenie powinno być udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego (przez zlecenie należy rozumieć, nie tylko umowy cywilnoprawne, ale również umowy o pracę).

**Wskazana osoba poza pełnieniem funkcji mojego Opiekuna\*:**

1. Pracuje zawodowo, w dniach i godzinach\*: .....

2. Nie pracuje zawodowo (jest osobą niepracującą)\*. **\*niewłaściwe skreślić**

**Wnoszę o realizację usług opieki wytchnieniowej:**

**godzin miesięcznie.**

2. Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie Opiekun nie jest członkiem mojej rodziny<sup>2</sup>, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

**3. Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Miejscowość i data:.....

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

<sup>1</sup> Art. 233 kk - § 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 do lat 8

- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

<sup>2</sup> Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

.....  
(Podpis osoby przyjmującej oświadczenie)