

PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2026
OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA

Ja niżej podpisany/podpisana,
oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością, nad
którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

1. stale przebywa w domu:

· TAK

· NIE

2. Korzysta / nie korzysta* z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej, placówek dla osób uczących się lub studiujących, innych.

Jeśli korzysta, podać jakie:

.....

.....

3. Korzysta / nie korzysta* z innych form pomocy usługowej w tym z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.) lub innych usług finansowanych ze środków Funduszu lub usług obejmujących analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków publicznych

Jeśli korzysta, podać jakie:

.....

.....

Ponadto oświadczam, że:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia*

.....

Podpis uczestnika Programu

** Niewłaściwe skreślić*

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”