



.....
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,
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej
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 pouczony/-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”