

**Oświadczenie do Karty zgłoszenia do  
Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja  
2024**

Ja niżej podpisany/podpisana

.....,

zamieszkały/a

.....

**Do realizacji usług opieki wytchnieniowej\*:**

**Wskazuję osobę:**

Imię i Nazwisko .....

Numer telefonu .....

**Jednocześnie oświadczam**, że wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem), nie jest moim opiekunem prawnym i osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną;

- jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

**Nie wskazuję żadnej osoby**

**Zostałem/-am pouczoney/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (zgodnie z art. 233 § 1, 6 kk).**

Miejscowość i data .....

.....

*(Podpis składającego oświadczenie)*

\* zaznacz właściwe