

**Oświadczenie do Karty zgłoszenia do  
Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
edycja 2026**

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 rodziny osoby z niepełnosprawnością (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością),  
- 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 osoby z niepełnosprawnością\*\**

.....  
*podpis osoby zgłaszającej \*\**

\* zaznacz właściwe

\*\* rodzic dziecka składa podpis jako osoba zgłaszająca