

Długie,.....

.....
.....
.....
.....

Oświadczenie

Oświadczam, że poinformuję o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” edycja 2026 dla Jednostek Samorządu Terytorialnego, (tzn. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w danym roku kalendarzowym z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra dotyczących usług opieki wytchnieniowej). Uczestnik Programu jest obowiązany poinformować Centrum Usług Społecznych w gminie Czarnia o powyższych zmianach nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....

(data i podpis)

OŚWIADCZENIE

Jako osobę, która będzie świadczyć usługę opieki wytchnieniowej wskazuję:

.....

Pouczona/y o **odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń** (art. 233 § 6 k.k.) oraz **odpowiedzialności za wyłudzenie środków publicznych** wynikające z fałszywie złożonego oświadczenia, niniejszym oświadczam:

iż w/w osoba **nie jest członkiem mojej rodziny** – zgodnie z definicją Programu *Opieka Wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego* – edycja 2026 – za członków rodziny uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

Miejscowość, dnia

Podpis

(podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)