

**Oświadczenie Uczestnika Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2024 finansowanego ze
środków budżetu Gminy Miejskiej Ława o wskazaniu kandydata na opiekuna**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały/a.....

Telefon.....

Pouczony/ a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.
Kodeks Karny- za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co następuje:

1. W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2024 finansowanego ze środków budżetu Gminy Miejskiej Ława realizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ławie, wskazuję niżej wymienioną osobę do realizacji usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały/a.....

Telefon.....

3. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest opiekunem prawnym lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z uczestnikiem Programu, **nie jest członkiem rodziny** (za członka rodziny należy uznać wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu).

4. Jednocześnie oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.

5. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

.....

(data i podpis przyjmującego oświadczenie)

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)