

**Akceptacja rodzica/opiekuna prawnego**  
**dotycząca osoby, która ma świadczyć usługę opieki wychnieniowej w ramach**  
**Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**  
*(dotyczy dzieci do ukończenia 16 roku życia)*

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 wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 realizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łławie, wskazuję niżej wymienioną osobę do realizacji usługi opieki wychnieniowej:

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały/a.....

Telefon.....

2. Oświadczam, że wskazana przez mnie osoba jest przygotowana do realizacji usługi opieki wychnieniowej

3. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest opiekunem prawnym lub osoba faktycznie zamieszkującą razem z uczestnikiem Programu, **nie jest członkiem rodziny**, którymi zgodnie z wytycznymi Ministerstwa na potrzeby Programu są wstępni lub zstępni, małżonkowie, rodzeństwo, teściowie, zięć, synowa, macocha, ojczym oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba pozostająca w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Programu.

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

.....

(data i podpis przyjmującego oświadczenie)

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)