Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji i realizacji Programu
„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA

Ja, niżej podpisany/a ……. oświadczam, że osoba niepełnosprawna ……. nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę:

1. stale przebywa w domu;

   ☐ TAK

   ☐ NIE

2. korzysta z ośrodka wsparcia, np. ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy), dzienny dom pomocy, klub samopomocy; inne jakie?

…….....

   ☐ TAK

   ☐ NIE

3. korzysta z placówek pobytu całodobowego, np. ośrodka szklono – wychowawczej, internatu; inne jakie?

……..

   ☐ TAK

   ☐ NIE

4. korzysta do placówki umożliwiającej realizację obowiązku nauki, np. szkoła, ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy; inne jakie?

…….....……..

   ☐ TAK

   ☐ NIE

5. warsztaty terapii zajęciowej

   ☐ TAK

   ☐ NIE

Ponadto oświadczam, że:
Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.[1]
Miejscowość ……, dnia ……

…….
Podpis Opiekuna osoby z niepełnosprawnością

[1] art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8"

Środki finansowe zostały pozyskane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „*Opieka wytchnieniowa*" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.