

.....
imię i nazwisko uczestnika

Staszów dnia

.....
/adres/

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a/ , świadomy/a/ odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 k.k., za składanie fałszywych zeznań składam stosownie do art. 75§ 2 k.p.a. niniejsze oświadczenie;
W związku z przystąpieniem do programu **pn. „Opieka Wytchnieniowa – edycja 2024”**

oświadczam, że na opiekuna mojej(go).....
/stopień pokrewieństwa/

wskazuję Panią(a)..... zam.....
/imię i nazwisko opiekuna/

.....**tel**....., która(y) nie jest
ze mną spokrewniona(y) / jest ze mną spokrewniona(y)*

..... i jest przygotowana(y)*** do wykonywania usług opieki
/stopień pokrewieństwa** /
wytchnieniowej. Wskazana osoba jest / nie jest* spokrewniona z

.....
/imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, nad którą będzie sprawowana opieka/

Jednocześnie oświadczam, że zamieszkuję i pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z

.....
/imię i nazwisko członka rodziny wymagającego opieki/

który(a) jest osobą z niepełnosprawnością i pozostaje pod moją bezpośrednią opieką. Wyżej wymieniona osoba z niepełnosprawnością **korzysta/ nie korzysta*** z *ośrodka wsparcia, placówki pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub **pozostaje / nie pozostaje*** w zatrudnieniu, uczy się lub studiuje.*

.....
/podpis osoby przyjmującej oświadczenie/

.....
/podpis uczestnika programu/

* niepotrzebne skreślić

** w przypadku osoby spokrewnionej wpisać stopień pokrewieństwa, w przeciwnym razie wpisać - nie dotyczy.

Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

*** za osoby przygotowane do realizacji usług należy uznać osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp.

Posiadanie doświadczenia, o którym mowa wyżej, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym

Przez podmiot, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej, należy również rozumieć osobę fizyczną, która zleciła udzielenie bezpośredniej pomocy osobie niepełnosprawnej lub opiekuna prawnego. Ocena posiadania przez osobę doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami należy do realizatora Programu. VERTE Art. 75§ 2 k.p.a. Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.

Art.233 § 1 k.k.

§ 1 Kto, składając zeznanie 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.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.