



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

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 2025 – 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, ojczyrna 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)