



## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

.....

zamieszkały/a.....

uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny, oświadczam co następuje:

1. Oświadczam, iż ( zaznaczyć właściwe):

- osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę **nie korzysta** z usług opiekuńczych ( w tym sąsiedzkich), lub specjalistycznych usług opiekuńczych ,lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę **korzysta** z usług opiekuńczych ( w tym sąsiedzkich), lub specjalistycznych usług opiekuńczych, lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę **nie jest** uczestnikiem środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, lub innego ośrodka wsparcia,
- osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję opiekę, **jest** uczestnikiem środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, lub innego ośrodka wsparcia,
- sprawuję samodzielnie** opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, tzn. nie korzystamy ze wsparcia innych osób w kwestii opieki ( nie dotyczy świadczonych usług opiekuńczych ( w tym sąsiedzkich), lub specjalistycznych usług opiekuńczych, lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi ),
- nie sprawuję samodzielnie** opieki nad osobą z niepełnosprawnością, tzn. korzystamy ze wsparcia innych osób w kwestii opieki ( nie dotyczy usług opiekuńczych ( w tym sąsiedzkich), lub specjalistycznych usług opiekuńczych ,lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi ),
- moja sytuacja zdrowotna **jest zła**
- moja sytuacja zdrowotna **jest dobra**

2. Do świadczenia usługi opieki wytcnieniowej wskazuję:

Panią/Pana\*

.....  
tel. ....

3. Oświadczam, że wskazana w pkt. 2 osoba jest pełnoletnia i nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, jej opiekunem ani osobą faktycznie z nią zamieszkującą.

**Za członka rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.**

4. Oświadczam, że wskazany przeze mnie Opiekun jest przygotowany do realizacji usług opieki wytchnieniowej.
5. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie ” Opieka wytchnieniowa “ dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w Gminie Brzostek oraz Programem ” Opieka wytchnieniowa “ dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

**\* właściwe podkreślić**

Miejscowość, dnia.....

.....  
(Podpis kandydata/tki )

### **POUCZENIE: Art. 233 Kodeksu Karnego**

§ 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.