Załącznik nr 3 do Regulaminu naboru

 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

 pn. „Opieka wytchnieniowa”

 dla Jednostek Samorządu Terytorialnego-edycja 2025

..........................................................

imię i nazwisko uczestnika Programu

..........................................................

 adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ O KORZYSTANIU ZE WSPARCIA**

Osoba/osoby nad którą/którymi sprawuje opiekę stale przebywa/przebywają w domu i nie korzysta/korzystają z ośrodka wsparcia, placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej.

Jestem osobą zatrudnioną/niezatrudnioną\*

uczącą się/nieuczącą się\*

studiującą/niestudiującą\*

Ponadto oświadczam, że:

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia1**

Skarżysko-Kamienna, dnia ………………………

…………………….……………………………….

podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

 **1art. 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**

**\* Niepotrzebne skreślić**