



.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość, data

.....

.....  
Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

### Uczestnika (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością) Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie
- Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu Solidarnościowego
- Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi opieki wytchnieniowej
- Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk)(1).
- Zostałem/-am **zobowiązany/-a do poinformowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Szamotułach** o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany.

.....  
**Podpis Uczestnika Programu**

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”