



Załącznik nr 7 do Regulaminu realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie Wiejskiej Lubawa realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

....., dnia

**Oświadczenie
Uczestnika Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2024 o wskazaniu kandydata na osobę realizującą usługę**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały/a.....

Telefon.....

Pouczony/ a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny- za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co następuje:

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa, wskazuję niżej wymienioną osobę do realizacji usługi dla mnie/

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały/a.....

Telefon.....

1. Oświadczam, że wskazana przez mnie osoba jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług zgodnie z rozdział V pkt. 8 Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

2. Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba nie jest członkiem rodziny (tj. zgodnie z wytycznymi Ministerstwa są wstępnymi lub zstępnymi, rodzeństwo, wnuki, teściami, zięciem, synową, macochą, ojczym oraz inne osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia), opiekunem prawnym lub inną osobą faktycznie zamieszkującą razem z uczestnikiem Programu.

1. Wnoszę o realizację usług opieki wychnieniowej w wymiarze godzin w następującym miejscu realizacji usługi.....

2. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .

.....
(miejscowość, data)

.....
(osoba niepełnosprawna lub członek/
opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad
osobą niepełnosprawną)

.....
(data i podpis przyjmującego oświadczenie