



Załącznik nr 1

Do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świlczy

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

PESEL: zamieszkały/a

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, oświadczam co następuje (* właściwe zakreślić):

Warunki formalne:

1. **zamieszkuję / nie zamieszkuję*** na terenie gminy Świlcza;
2. **sprawuję bezpośrednią opiekę nad*:**
 - 1) dzieckiem od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności;
 - 2) osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym lub traktowanym na równi orzeczeniem o niepełnosprawności wymienionym w lit. a, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U z 2024r. poz. 44, z późn.zm.)
3. **Zamieszkuję/ nie zamieszkuję*** we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, którą wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego

Warunki premiujące:

4. **jestem*:**
członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **dzieckiem z niepełnosprawnością/ osobą dorosłą ze znacznym lub równoważnym stopniem niepełnosprawności*** stale **przebywającą/ nie przebywającą*** w domu i **korzystającą/ nie korzystającą*** np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudniony, uczący się lub studiujący.
5. **jestem*:**
członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **dzieckiem**



z niepełnosprawnością/ osobą dorosłą ze znacznym lub równoważnym stopniem niepełnosprawności* posiadającą/ nie posiadającą niepełnosprawność sprzężoną z dwoma/ trzema i więcej* symbolami niepełnosprawności.

6. jestem*:

członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **dzieckiem z niepełnosprawnością/ osobą dorosłą ze znacznym lub równoważnym stopniem niepełnosprawności*** która:

- **wymaga/ nie wymaga*** wysokiego poziomu wsparcia w czynnościach samoobsługowych w tym utrzymanie higieny osobistej;
- **wymaga/ nie wymaga*** wysokiego poziomu wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
- **wymaga/ nie wymaga*** wysokiego poziomu wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
- **wymaga/ nie wymaga*** wysokiego poziomu wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

7. jestem*:

członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad **dzieckiem z niepełnosprawnością/ osobą dorosłą ze znacznym lub równoważnym stopniem niepełnosprawności***, który **nie korzysta/ korzysta*** z dodatkowych świadczeń pieniężnych tj. **nie pobiera/ pobiera*** świadczenia pielęgnacyjnego/ specjalnego zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad ww. osobą.

.....
(data i czytelny podpis kandydata)

Pouczenie

Art. 233 K.K.

§ 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.

***właściwe podkreślić**



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

*Dokumentacja programu pt.: „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
realizowanego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym*
