



Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2024

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

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

(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.)

oświadczam co następuje (* właściwe zakreślić):

- zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością – Panią / Panem / dzieckiem*
....., która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego;
- zamieszkuję / nie zamieszkuję*** na terenie gminy Ustrzyki Dolne;
- jestem / nie jestem*** członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad:
 - dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, które wymagają usług opieki wytchnieniowej lub
 - osobami niepełnosprawnymi posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.), które wymagają usług opieki wytchnieniowej



4. **jestem***:

- 1) osobą sprawującą bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością¹, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej lub niezatrudnioną, nieuczącą się lub niestudującą
- 2) osobą sprawującą bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która (*właściwe zakreślić):
 - korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, ze środowiskowego domu samopomocy, z dziennego domu pomocy, z warsztatu terapii zajęciowej itp.
(należy wskazać jaka to placówka)
 - jest zatrudniona
 - uczy się
 - studiuje

5. **mam / nie mam*** możliwości korzystania ze wsparcia innych osób przy opiece nad osobą z niepełnosprawnością (pomocy innych członków rodziny, korzystania przez osobę z niepełnosprawnością z innych form wsparcia np. pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna, usługi opiekuńcze, uczestnictwo w programie Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością – edycja 2024 itp.)

6. **na osobę, która będzie świadczyła usługi opieki wytchnieniowej wskazuję:**

imię i nazwisko:

nr telefonu:

Proponowana osoba nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością.

Wskazany przeze mnie osoba spełnia kwalifikacje lub / i doświadczenie wymagane przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych, wskazane w Regulaminie rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024;

7. w przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Miejsko – Gminy Ośrodek Pomocy

¹ Przez „osobę z niepełnosprawnością” należy rozumieć osobę, w związku z opieką nad którą, osoba ubiega się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej



- Społecznej w Ustrzykach Dolnych; tel. 13 461 37-75, najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany;
8. zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;
 9. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;
 10. Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do udziału w Programie oraz realizacji Programu, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

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