

Przysucha , data .....

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Numer telefonu.....

**OŚWIADCZENIA CZŁONKA RODZINY LUB OPIEKUNA O SPRAWOWANIU  
BEZPOŚREDNIEJ I CAŁODOBOWEJ OPIEKI ORAZ ZAMIESZKIWANIU  
WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

1. Jestem członkiem rodziny/ opiekunem

Pana/Pani.....  
**Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością**

i sprawuję nad nią/ nim bezpośrednią całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym .

2. Zapoznałem/am się z warunkami udziału Programie Gminy i Miasta Przysucha „Opieka Wytchnieniowa” edycja 2026 r.

3. Zostałem/am pouczoney/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą \*.

.....  
Podpis członka rodziny/ opiekuna

\* art. 233 § 1 Kodeksu Karnego - „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

**Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministra Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej**