



.....
Miejscowość , 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..... i sprawuję nad nią/ nim bezpośrednią
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością
całodobową opiekę oraz zamieszkujemy we wspólnym gospodarstwie domowym .

2. Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Lokalnym Programie Gminy Miasta Radomia „Opieka Wytchnieniowa”
edycja 2026 r.

3. Zostałem/am pouczony/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.