**Załącznik**

**do Regulaminu rekrutacji i udziału w programie**

 **,,Opieka wytchnieniowa**” **- edycja 2024**

**OŚWIADCZENIE**

**Ja niżej podpisany/a** ................................................................................................ (imię i nazwisko)

**zamieszkały/a**.............................................................................................................................................

**Uprzedzony/a 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):**

1. **Jestem/ nie jestem\*** opiekunem prawnym/ członkiem rodziny/ opiekunem osoby niepełnosprawnej/ dziecka niepełnosprawnego zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym oraz sprawuję bezpośrednią opiekę nad:

* dzieckiem do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, które wymaga usługi opieki wytchnieniowej,
* osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne, która wymaga usługi opieki wytchnieniowej\*.

 **zamieszkuję/nie zamieszkuję** na terenie miasta i gminy Brusy\*.

2. **Sprawuję/ nie sprawuję**\* bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub z orzeczeniem równoważnym z niepełnosprawnością sprzężoną/ złożoną.

3. Moje gospodarstwo domowe **składa się wyłączenie/ nie składa się \*** z opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę i osoby z niepełnosprawnością wymagającą opieki.

4. Osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę, s**tale przebywa/ nie przebywa stale\*** w domu, tj. np. nie uczestniczy/uczestniczy\* w placówkach wsparcia dziennego, nie uczy się/ uczy się\*.

5. Osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę, **korzysta/nie korzysta\*** z innych form wsparcia np. usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, pomoc sąsiedzka, wolontariat\*.

6. Osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę, samodzielnie (także przy pomocy sprzętów ortopedycznych) **porusza się/nie porusza się**\* po domu.

7. Osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuję bezpośrednią opiekę, samodzielnie (także przy pomocy sprzętów ortopedycznych) **porusza się/nie porusza się\*** poza domem.

8. Z tytułu sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością wskazaną we wniosku, ja lub ktoś inny\* **pobiera / nie pobiera\*** świadczenie pielęgnacyjne przyznane na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.

9. W przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brusach, najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnienia zmiany;

10. Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;

11. Zapoznałem/am się z „Regulamin rekrutacji i udziału w Programie ,,Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;

11. Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brusach 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 lub opiekuna prawnego)

**Pouczenie Art. 233§ 1- § 2K.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 najbliższym, 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