



Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2026

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

Uprzedzony 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):

1. zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą
z niepełnosprawnością – Panią / Panem / dzieckiem*
....., która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego;
2. **zamieszkuję / nie zamieszkuję*** na terenie gminy Ustrzyki Dolne;
3. **jestem / nie jestem*** członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym
bezpośrednią opiekę nad:
 - dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia
posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, które wymagają usług
opieki wytchnieniowej lub
 - osobą 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 2024 r. poz. 44 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, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, nie uczy się lub nie studiuje,
- 2) osobą sprawującą bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która (*właściwe zakreślić):
 - korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej itp.

.....

(należy wskazać jaka to placówka)

- uczy się
- studiuje

5. jestem / nie jestem*

nieaktywny/a zawodowo i mam ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

- 6. 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 2026 itp.)

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

imię i nazwisko:

nr telefonu:

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



Proponowana osoba jest osobą pełnoletnią i 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 wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026;

8. w przypadku zmiany informacji podanych w dokumentach rekrutacyjnych zobowiązuje się niezwłocznie poinformować o tym fakcie Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych; tel. 13 461 37-75, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany;
9. zostałem/am poinformowany/a, że Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego;
10. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 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 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)