

**Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Oświadczenie o akceptacji osoby, która ma świadczyć usługę opieki wychnieniowej

Imię i nazwisko Uczestnika Programu

.....

adres zamieszkania

.....

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością, nad która sprawowana jest opieka

.....

adres zamieszkania

.....

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję asystenta/asystentkę wskazanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Knurowie tj. Pana/Panią

.....

który będzie świadczył usługi na rzecz mojego dziecka.

Ponadto oświadczam że :

1. wskazana w/w osoba nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się: małżonka, wstępnych (rodziców, dziadków), zstępnych (dzieci , wnuków), krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem,
2. jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia*,
3. zobowiązuję się do poinformowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Knurowie o każdej zmianie mającej wpływ na korzystanie z przyznanych usług.

.....

(data i podpis Uczestnika Programu)

* Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego -:"Kto składając zeznania maće 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”