Załącznik nr 6 do ogłoszenia konkursowego

……………………….. Rzeszów, dnia ……………..…………………

(pieczęć)

………………………………………………………

(imię i nazwisko Uczestnika Programu)

……………………………………………………….

(adres)

**Oświadczenie o braku pokrewieństwa pomiędzy osobą realizującą usługi opieki wytchnieniowej, a Uczestnikiem Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.**

1. \*Oświadczam, że Pani/Pan ……………………………………………..nie jest członkiem mojej rodziny **\*** (zgodnie z wytycznymi zawartymi w Programie),
* nie pozostajemy we wspólnym pożyciu,
* nie jestem z nią / nim w stosunku przysposobienia,
* nie jest moim / dziecka do 16 r. ż. opiekunem prawnym ani faktycznym,
* nie zamieszkuje razem ze mną/ z dzieckiem do 16 r. ż..
1. **\*\***Oświadczam, że akceptuję Panią/Pana ………………………………………. jako osobę świadczącą usługi dla małoletniego………………………………………… .

|  |
| --- |
| Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. |

………………………………………………………..

 (podpis Uczestnika Programu)

**\*** Za członków rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

**\*\*** Oświadczenie składane w przypadku świadczenia usług opieki wytchnieniowej na rzecz dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności.