…………………………………………………… ……………………………………………  
 ( imię i nazwisko ) ( miejscowość i data )

…………………………………………

…………………………………………

( adres zamieszkania )

……………………………………………..

(PESEL, numer dowodu osobistego)

**Oświadczenie**

**Złożone na wniosek Strony ( art. 75 § 2 kodeksu postępowania administracyjnego )** Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Kodeksu Karnego ( t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 ) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co następuje:

**Oświadczenia dotyczą osób niepełnosprawnych/ rodziców/opiekunów składających wniosek**\*

Oświadczam, **że osoba niepełnosprawna \*otrzymała/ \*nie otrzymała** na podstawie odrębnych wniosków pomocy finansowej na dofinansowanie kosztów związanych zapewnieniem opieki osobie niepełnosprawnej w warunkach domowych.

Opiekun osoby niepełnosprawnej, \***otrzymał/ \*nie otrzymał** na podstawie odrębnych wniosków pomocy finansowej na dofinansowanie kosztów związanych z zapewnieniem opieki osobie niepełnosprawnej w warunkach domowych.

Oświadczam, że **osoba niepełnosprawna \*korzysta (ła)/ \*nie korzysta (ła)** z dodatkowego zasiłku opiekuńczego o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i innych chorób zakaźnych wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Jeśli osoba niepełnosprawna korzysta/ła   
z dodatkowego zasiłku opiekuńczego proszę napisać w jakich miesiącach ……………………………………………………….

Opiekun osoby niepełnosprawnej, \***korzysta (ł)/ \*nie korzysta (ł)**  z dodatkowego zasiłku opiekuńczego o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych   
 zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i innych chorób zakaźnych wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Jeśli opiekun osoby niepełnosprawnej korzysta/ł   
z dodatkowego zasiłku opiekuńczego proszę napisać w jakich miesiącach ………………………………………………………. …………………………………………………

\***Proszę o właściwe podkreślenie stwierdzenia dotyczące osoby niepełnosprawnej**

Oświadczam , że osoba niepełnosprawna/dziecko/podopieczny korzysta z opieki placówki…………………………………………………………………………………………………..

W okresie od………...................do ……………………………….wystąpił brak możliwości korzystania z opieki z w/w placówki.

………………………………… …………………………………

(miejscowość, data) ( czytelny podpis osoby składającej oświadczenie )

…………………………………………………….

**Pouczenie:**

**art. 233 § 1 KK-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.**

**art. 233 § 2 KK- Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając   
w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.**

……………………………………… ……………………………………

(miejscowość i data) ( czytelny podpis )