# *Załącznik nr 17 (WSAP)*

***OŚWIADCZENIE O PRZEBYWANIU CZŁONKA RODZINY W INSTYTUCJI ZAPEWNIAJĄCEJ CAŁODOBOWE UTRZYMANIE***

**Dane osoby składającej zaświadczenie:**

Nazwisko i pierwsze imię ......................................................................................................................................

PESEL: ........................................................................

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w: art. 233 KK   
§ 1 i 6 „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 do lat 3. Przepisy ten stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.”, w art. 286 KK – „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, **oświadczam**, **że:**

…..……………………………………………..…….… stopień pokrewieństwa ……………………….

*nazwisko i imię osoby przebywającej w w/w instytucji*

przebywa w …………..………………………………………………………………………………………………

*nazwa instytucji*

……………………………………………………………………………………………………………….

w okresie od …………………………. do nadal.

**Za pobyt w w/w instytucji:**

□ w 20…..\* r. poniesiono opłatę w kwocie ogólnej …………….. zł. Miesięcznie …………… zł.

□ Nie jest ponoszona żadna odpłatność. Jest to instytucja zapewniająca całodobowe utrzymanie.

**Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

…….………….........……., dn. ………………………… ………..................................................................

*czytelny podpis osoby składającej oświadczenie*

*\*wpisać rok bazowy, będący podstawą do naliczenia świadczeń pomocy materialnej*