…………………………………..

(miejscowość, data)

**Informacja**

**O pełnieniu funkcji opiekuna osoby niepełnosprawnej**

Ja, niżejpodpisany/a………………………………………………………………………………………………………………………………..

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania)

Informuję, iż

jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej, tzn. jestem:

a) matką lub ojcem,

b) opiekunem faktycznym dziecka, przez którego rozumie się osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka,

c) rodziną zastępczą spokrewnioną albo rodziną zastępczą niezawodową w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49),

d) rodzicem zastępczym zawodowym albo prowadzącym rodzinny dom dziecka niepobierający z tego tytułu wynagrodzenia w przypadkach, o których mowa w art. 54 ust. 6 oraz art. 62 ust. 4 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,

e) małżonkiem,

f) inną osobą, na której zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2023 r. poz. 2809) ciąży obowiązek alimentacyjny, z wyjątkiem osób o znacznym stopniu niepełnosprawności

- opiekującą się dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, lub osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności;

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

(imię, nazwisko i data urodzenia osoby niepełnosprawnej)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

 …….………………………………………………………..

Podpis

Na podstawie art. 71 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia poszukujący pracy niezatrudniony i niewykonujący innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej może korzystać na zasadach takich jak bezrobotny z form pomocy.

\***zaznaczyć właściwe**