Zał. 7 do *Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa –edycja 2019”*

………………………………

*(miejscowość i data)*

….………………………

*(Pieczęć JST)*

**OŚWIADCZENIE   
O PRZYJĘCIU ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2019**

W związku z zakwalifikowaniem wniosku złożonego przez …………......................................................................................................................................

(*nazwa gminy/powiatu*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia opieki wytchnieniowej, w formie: *pobytu dziennego/ pobytu całodobowego, jako rozszerzenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych / specjalistycznego poradnictwa dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę/\** 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 oraz osobami dorosłymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności, w ramach *Programu „Opieka wytchnieniowa”– edycja 2019,* oświadczam, że przyjmuję środki z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na realizację zadania w łącznej wysokości…………………………………………………………………...…zł

(słownie zł: ……………………………………………………………………….………...….), stanowiącej maksymalnie 80% całkowitego kosztu realizacji Programu, w tym na:

a) świadczenie usług opieki wytchnieniowej w kwocie………………………….…….zł (słownie:……………………………………………………………………… złotych),

b) pokrycie kosztów związanych z obsługą Programu w kwocie…………….………..zł (słownie:……………………………………………………………………… złotych),

Niniejsze środki należy przekazać na wyodrębniony rachunek bankowy Gminy/Powiatu o nr………………………………………

Gmina/Powiat zobowiązuje się do przekazania na realizację Programu w ramach wkładu własnego, stanowiącego nie mniej niż 20% całkowitego kosztu realizacji Programu, środków w łącznej wysokości…………………………….zł

(słownie……………………………………………………...………..złotych), w tym na:

a) świadczenie usług opieki wytchnieniowej w kwocie………………………..zł

(słownie:…………………………………………… złotych),

b) pokrycie kosztów związanych z obsługą Programu w kwocie…………….………..zł (słownie:……………………………………………………………………… złotych).

Wkład własny Gminy/Powiatu pokryty zostanie ze:

1) środków finansowych własnych w wysokości:…………………………………….zł (słownie:………………………………………………………………………………..złotych),

2) środków finansowych z innych źródeł w wysokości:………………………………..zł (słownie:………………………………………………………………………………..złotych).

\*niepotrzebne skreślić

………………………………

*(podpis i pieczęć składającego wniosek lub osoby upoważnionej)*