**Oświadczenie**

*potwierdzające obsadzenie miejsc opieki przez dzieci, które posiadają orzeczenie
o niepełnosprawności lub zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu
lub nieuleczalnej chorobie, które powstały w okresie prenatalnym lub w czasie porodu lub zostały zakwalifikowane przez podmiot prowadzący instytucję na podstawie zaświadczenia od lekarza specjalisty zawierającego wskazanie do objęcia dziecka szczególnej opieką.*

W związku z przyznaniem dla:

……………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres Beneficjenta)

dofinansowania w ramach modułu 4 *Resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „MALUCH+”* 2021 na zapewnienie funkcjonowania miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 w instytucji opieki:

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

(*nazwa instytucji i adres zgodne z wpisem do rejestru żłobków i klubów dziecięcych i/lub ofertą konkursową*)

oświadczam, że w 2021 roku do wyżej wymienionej instytucji opieki uczęszczało …………….. (*podać liczbę dzieci*) dziecko/dzieci niepełnosprawne/niepełnosprawnych lub wymagające/ wymagających szczególnej opieki, zakwalifikowane/zakwalifikowanych do dofinansowania
w ramach Programu „MALUCH+” 2021 na podstawieorzeczenia o niepełnosprawności
lub zaświadczeniu o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu lub nieuleczalnej chorobie,
które powstały w okresie prenatalnym lub w czasie poroduorazzaświadczeniu od lekarza specjalisty zawierającego wskazanie do objęcia szczególną opieką jako dzieci wymagające szczególnej opieki.

 Oświadczam, iż miejsce/miejsca opieki przeznaczone dla ww. dzieci było/były obsadzone przez dziecko/dzieci niepełnosprawne lub wymagające szczególnej opieki zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc 2021 r. | *I* | *II* | *III* | *IV* | *V* | *VI* | *VII* | *VIII* | *IX* | *X* | *XI* | *XII* | *RAZEM* |
| Liczba dofinansowanych miejsc opieki dla dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Liczba miejsc obsadzonych przez dzieci niepełnosprawne lub wymagające szczególnej opieki |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Różnica |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Ponadto przekazuję informację na temat rodzaju i liczby poszczególnych orzeczeń, zaświadczeń o niepełnosprawności lub zaświadczeń od lekarza specjalisty zawierającego wskazanie do objęcia szczególną opieką:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj orzeczenia/ zaświadczenia | liczba |
| 1 |   |   |
| 2 |   |   |
| 3 |   |   |
| 4 |   |   |
| 5 |   |   |
| ….. |   |   |

………………………………………………….

*(podpis i pieczęć osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Beneficjenta)*