**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 …………… *Resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „MALUCH+”* 2020 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 2020 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+” 2020 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 2020 r.** | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | XI | XII | **RAZEM** |
| **Liczba miejsc obsadzonych przez dzieci niepełnosprawne lub wymagające szczególnej opieki** |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Informacja 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** | **Jednostka chorobowa** |
| 1 |   |  |   |
| 2 |   |  |   |
| 3 |   |  |   |
| 4 |   |  |   |
| 5 |   |  |   |
| ….. |  |  |  |

………………………………………………………………………………

*(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Beneficjenta)*

*Oświadczenie należy złożyć (jeśli dotyczy) zgodnie z § 4 ust. 2 umowy.*