Załącznik nr 14 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

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

(miejscowość i data)

**Upoważnienie do podejmowania czynności**

**w Generatorze Funduszu Solidarnościowego**

W związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania/ uzyskaniem dofinansowania\* w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, upoważniam poniżej wskazane osoby do działania w imieniu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………, dalej również jako „JST”,

(*nazwa i adres gminy/powiatu*)

poprzez podejmowanie następujących czynności w Generatorze Funduszu Solidarnościowego, dalej również jako „GFS”, dostępnym na stronie internetowej https://bfs.mrips.gov.pl:\*\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zakres upoważnienia ↓ | Imię i nazwisko oraz  stanowisko: | Imię i nazwisko oraz  stanowisko: | Imię i nazwisko oraz  stanowisko: | Imię i nazwisko oraz  stanowisko: |
|  |  |  |  |  |
| Rejestracja i zarządzanie kontem JST w GFS → | □ | □ | □ | □ |
| Wprowadzenie, usuwanie i edycja danych /informacji /dokumentów na koncie JST w GFS → | □ | □ | □ | □ |
| Złożenie w imieniu JST w GFS wniosku w ramach Programu → | □ | □ | □ | □ |
| Zgłaszanie w imieniu JST w GFS zmian wniosku złożonego w ramach Programu → | □ | □ | □ | □ |
| Złożenie w imieniu JST w GFS sprawozdania z realizacji Programu → | □ | □ | □ | □ |
| Składanie w imieniu JST w GFS korekt sprawozdania z realizacji Programu → | □ | □ | □ | □ |

Oświadczam, że wszystkie czynności w Generatorze Funduszu Solidarnościowego dostępnym na stronie internetowej https://bfs.mrips.gov.pl, podjęte przez osobę/osoby\* wskazane powyżej, w zakresie wynikającym z niniejszego Upoważnienia, dokonane zostały przez reprezentowaną przeze mnie gminę/powiat\*.

Potwierdzam zgodność danych/informacji/dokumentów zawartych na koncie JST w GFS ze stanem faktycznym i prawnym oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

Oświadczam, że zapoznałem/-łam się i akceptuję treść Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 i treść Ogłoszenia o naborze wniosków w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 oraz zobowiązuję się do ich stosowania.

Z dniem dołączenia niniejszego Upoważnienia do Generatora Funduszu Solidarnościowego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mrips.gov.pl>, traci moc uprzednio dołączone do Generatora Funduszu Solidarnościowego dostępnego na stronie internetowej <https://bfs.mrips.gov.pl> Upoważnienie do podejmowania czynności

w Generatorze Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

...................................................................................................

(czytelny podpis osoby/osób reprezentujących gminę/powiat)

…………………………………………………………

(czytelny podpis skarbnika)

\* - Niepotrzebne skreślić.

\*\* - Należy wypełnić tabelę, wpisując dane upoważnionej osoby/osób oraz zaznaczając zakres umocowania danej osoby/osób, poprzez przekreślenie znakiem X kwadratu w wierszu odpowiadającemu czynności/czynnościom, do których osoba/osoby zostaje upoważniona.