Zał. 6 do *Programu Ministerstwa*

 *Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*

*„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”*

*-edycja 2019-2020*

………………………………

*(Miejscowość i data)*

….………………………

*(Pieczęć JST)*

**OŚWIADCZENIE
O PRZYJĘCIU ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA ROK…………**

**Z PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”**

**– EDYCJA 2019-2020**

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

(*nazwa gminy/powiatu*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia usługi asystenckiej mającej na celu wsparcie pełnoletnich osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w wykonywaniu codziennych czynności, poprzez skorzystanie z usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, w ramach *Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”,* oświadczam, że przyjmuję środki z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na realizację zadania

w wysokości………………………………………………………………………………...…zł

(słownie zł: ……………………………………………………………………….………...….)

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

Osoby uprawnione do zawarcia umowy z Wojewodą Warmińsko-Mazurskim (imię, nazwisko, pełniona funkcja):……………………………………………

……………………………….……………

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