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*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia opieki wytchnieniowej, zarówno w formie dziennej i pobytowej całodobowej, jako rozszerzenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych oraz w zakresie zapewnienia członkom rodzin wsparcia psychologicznego lub terapeutycznego w opiece nad dziećmi niepełnosprawnymi 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 wysokości………………………………………………………………………………...…zł

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

………………………………

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