*Załącznik nr 10 do Programu*

*Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021*

………………………………

 *(Miejscowość i data)*

….………………………

 *(Pieczęć JST)*

**OŚWIADCZENIE
O PRZYJĘCIU ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2021**

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

(*nazwa gminy*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia opieki wytchnieniowej w formie: *pobytu dziennego/ pobytu całodobowego / w zakresie zapewnienia członkom rodzin/opiekunom wsparcia psychologicznego lub terapeutycznego w opiece nad dziećmi niepełnosprawnymi z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osobami dorosłymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności\**, w ramach *Programu „Opieka wytchnieniowa”– edycja 2021,* oświadczam, że przyjmuję środki z Funduszu Solidarnościowego na realizację Programu

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

(słownie zł: ……………………………………………………………………….………...….), w tym na:

a) realizację usług opieki wytchnieniowej w kwocie………………………….…….zł (słownie:……………………………………………………………………… złotych),

b) pokrycie kosztów związanych z obsługą Programu w kwocie…………….………..zł (słownie:……………………………………………………………………… złotych),

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):

1. ……………………………………………, na podstawie……………………….
2. przy kontrasygnacie……………………………………. – Skarbnika Gminy/Powiatu\*

Przedstawiciel do kontaktów ze strony Gminy/Powiatu\*:

…………………………………………………………………………………………………

tel………………………………………..; adres e-mail……………………………………….

*\*niepotrzebne skreślić*

.

 ………………………………

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