Załącznik nr 6 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego

− edycja 2024

*WZÓR* …………………….………………………………

 *(Miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE
O PRZYJĘCIU / REZYGNACJI Z PRZYJĘCIA\* ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO**

**– EDYCJA 2024**

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

(*nazwa gminy/powiatu*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia usług asystencji osobistej dla:

– dzieci w wieku do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt. 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - 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 i/lub

– osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi do wyżej wymienionych,

które wymagają wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu
w życiu społecznym w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024 oświadczam, że:

przyjmuję środki\* Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania

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

(słownie zł: ……………………………………………………………………….………...….);
oraz na koszty związane z obsługą zadania
w wysokości………………………………………………………………………………...…zł
(słownie zł:……………………………………………………………………….………...….).
Rezygnuję z przyjęcia środków Funduszu Solidarnościowego\*

……………………………….……………

 *(Podpis i pieczęć składającego oświadczenie lub osoby upoważnionej oraz skarbnika)*

*\*niepotrzebne skreślić*

DANE DO ZAWARCIA UMOWY:

Nr rachunku bankowego ……………………………………………………………….

Osoby uprawnione do zawarcia umowy w imieniu gminy/powiatu (imię, nazwisko, pełniona funkcja):

………………………………, na podstawie …………………

………………………………., na podstawie …………………

przy kontrasygnacie ………………… skarbnika gminy/powiatu

Osoba do kontaktu (imię, nazwisko, pełniona funkcja, dane kontaktowe: tel., e-mail):
……………………………………………………………………………………………………………