Zał. 6

………………………………

*(miejscowość i data)*

…………………………………………….

*(Pieczęć JST)*

**OŚWIADCZENIE
O PRZYJĘCIU ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU „USŁUGI OPIEKUŃCZE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH” – EDYCJA 2019**

W związku z zakwalifikowaniem wniosku złożonego

przez .………….....................................................................................................................................................

(*nazwa gminy*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym w wieku do 75 r.ż z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jak również z orzeczeniem lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji lub orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane na podstawie przepisów ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz dla dzieci do 16 r.ż. 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 w ramach *Programu „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych” – 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)*