*Załącznik nr 10 do Programu*

*„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020*

………………………………

*(Miejscowość i data)*

….………………………

*(Pieczęć JST)*

**OŚWIADCZENIE   
O PRZYJĘCIU ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2020**

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

(*nazwa gminy*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia opieki wytchnieniowej w formie: *pobytu dziennego/ pobytu całodobowego, jako rozszerzenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych / specjalistycznego poradnictwa dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę/*\*zarówno w formie dziennej i pobytowej całodobowej, jako rozszerzenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych oraz 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 2020,* oświadczam, że przyjmuję środki z Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania

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

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

w tym na:

a) świadczenie 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………………………………………

Gmina/Powiat\* zobowiązuje się do przekazania na realizację Programu w ramach wkładu własnego środków w wysokości:…………………………………………………….zł (słownie:…………………………………………………………………………..złotych).

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)*