**Oświadczenie**

*potwierdzające obsadzenie miejsc opieki przez dzieci, które posiadają orzeczenie
o niepełnosprawności lub zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu
lub nieuleczalnej chorobie, które powstały w okresie prenatalnym lub w czasie porodu lub zostały zakwalifikowane przez podmiot prowadzący instytucję na podstawie zaświadczenia od lekarza specjalisty zawierającego wskazanie do objęcia dziecka szczególnej opieką.*

W związku z przyznaniem dla:

……………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres Beneficjenta)

dofinansowania w ramach modułu 2 *Resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „MALUCH+”* 2020 na zapewnienie funkcjonowania miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 w instytucji opieki:

 …..……….…………………..…………………………………………………………………..

(*nazwa instytucji i adres zgodne z wpisem do rejestru żłobków i klubów dziecięcych i/lub ofertą konkursową*)

oświadczam, że w 2020 roku do wyżej wymienionej instytucji opieki uczęszczało …………….. (*podać liczbę dzieci*) dziecko/dzieci niepełnosprawne/niepełnosprawnych lub wymagające/ wymagających szczególnej opieki, zakwalifikowane/zakwalifikowanych do dofinansowania
w ramach Programu „MALUCH+” 2020 na podstawieorzeczenia o niepełnosprawności
lub zaświadczeniu o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu lub nieuleczalnej chorobie,
które powstały w okresie prenatalnym lub w czasie poroduorazzaświadczeniu od lekarza specjalisty zawierającego wskazanie do objęcia szczególną opieką jako dzieci wymagające szczególnej opieki.

 Oświadczam, iż miejsce/miejsca opieki przeznaczone dla ww. dzieci było/były obsadzone przez dziecko/dzieci niepełnosprawne lub wymagające szczególnej opieki zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc 2020 r.** | **Liczba dofinansowanych miejsc opieki dla dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki – zgodnie z umową** | **Liczba miejsc obsadzonych przez dzieci niepełnosprawne lub wymagające szczególnej opieki** | **Różnica** |
| Styczeń |   |  |  |
| Luty |  |  |  |
| Marzec |  |  |  |
| Kwiecień |  |  |  |
| Maj |  |  |  |
| Czerwiec |  |  |  |
| Lipiec |  |  |  |
| Sierpień |  |  |  |
| Wrzesień |  |  |  |
| Październik |  |  |  |
| Listopad |  |  |  |
| Grudzień |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

Ponadto przekazuję informację na temat rodzaju i liczby poszczególnych orzeczeń, zaświadczeń o niepełnosprawności lub zaświadczeń od lekarza specjalisty zawierającego wskazanie do objęcia szczególną opieką:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj orzeczenia/ zaświadczenia** | **liczba** |
| 1 |   |   |
| 2 |   |   |
| 3 |   |   |
| 4 |   |   |
| 5 |   |   |
| ….. |  |  |

………………………………………………….

*(podpis i pieczęć osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Beneficjenta)*

*Oświadczenie należy złożyć (jeśli dotyczy) zgodnie z § 4 ust. 2 umowy.*