*Załącznik nr 7 do Programu*

*„Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”*

*– edycja 2020*

………………………………

*(Miejscowość, data)*

…………………………………………….

*(Pieczęć JST)*

**OŚWIADCZENIE
O PRZYJĘCIU ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU**

**„USŁUGI OPIEKUŃCZE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH” – EDYCJA 2020**

W związku z zakwalifikowaniem wniosku złożonego

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

 (*nazwa gminy*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia ***usług opiekuńczych/* *specjalistycznych usług opiekuńczych****,\** osobom niepełnosprawnym w wieku do 75 r.ż. z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym oraz dzieciom do 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności w ramach *Programu „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych” – edycja 2020,* oświadczam, że przyjmuję środki z Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania w wysokości:

……………………………………… zł (słownie zł: …………………………………………………………

………………..……………………………………………....….).

Niniejsze środki należy przekazać na wyodrębniony rachunek bankowy Gminy o nr………………………………………

Gmina 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

Przedstawiciel do kontaktów ze strony Gminy:

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

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

 ………………………………

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

*\*niepotrzebne skreślić*