*Wzór*

Zał. 7 do *Programu*

*Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”*

*− edycja 2021*

………………………………

 *(Miejscowość i data)*

….………………………

 *(Pieczęć JST)*

**OŚWIADCZENIE
O PRZYJĘCIU ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU**

**„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”**

**– EDYCJA 2021**

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

(*nazwa gminy/powiatu*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia usług asystenta dla:

- dzieci do 16 roku życia 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

oraz

- osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

które wymagają wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu
w życiu społecznym w ramach *Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”− edycja 2021* oświadczam, że przyjmuję środki z Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania

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

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

 ……………………………….……………

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