Załącznik nr 9 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023

WZÓR

…………….………………………………

*(Miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE   
O PRZYJĘCIU/ REZYGNACJI Z PRZYJĘCIA\* ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2023**

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

(*nazwa gminy/powiatu*)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia opieki wytchnieniowej, w ramach *Programu „Opieka wytchnieniowa”– edycja 2023,* oświadczam, że przyjmuję środki\* z Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania:

- w ramach opieki dziennej

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

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

- w ramach opieki całodobowej

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

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

oraz na koszty związane z obsługą zadania

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

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

Rezygnuję ze środków Funduszu Solidarnościowego\*.

……………….……………………………………

*(Podpis składającego wniosek lub osoby upoważnionej oraz skarbnika)*

*\*niepotrzebne skreślić*

DANE DO ZAWARCIA UMOWY:

Nr rachunku bankowego: ……………………………………………………………….

Osoby uprawnione do zawarcia umowy w imieniu gminy/powiatu (imię nazwisko, pełniona funkcja):

………………………………, na podstawie …………………;

………………………………, na podstawie …………………;

przy kontrasygnacie ……………………………… - Skarbnika Gminy/Powiatu.

Osoba do kontaktu (imię nazwisko, dane kontaktowe: tel., e-mail):

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