

WZÓR

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE
O PRZYJĘCIU / REZYGNACJI Z PRZYJĘCIA* ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO
- EDYCJA 2026

W związku z zakwalifikowaniem wniosku złożonego przez:

.....
(nazwa gminy/powiatu)

do wsparcia finansowego w zakresie świadczenia usług asystencji osobistej dla:

– dzieci w wieku od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - 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 i/lub

– osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi do wyżej wymienionych,

które wymagają wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

oświadczam, że:

przyjmuję środki* Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania

w wysokości.....zł

(słownie złotych:);
oraz na koszty związane z obsługą zadania
w wysokościzł
(słownie złotych:).

Rezygnuję z przyjęcia środków Funduszu Solidarnościowego*

.....
(Podpis i pieczęć składającego oświadczenie 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):

1., na podstawie
2., na podstawie
3. przy kontrasygnacie skarbnika gminy/powiatu

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

.....