

WZÓR

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE
O PRZYJĘCIU / REZYGNACJI Z PRZYJĘCIA* ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z PROGRAMU
„OPIEKA WYTCHNIENIOWA” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO
- EDYCJA 2026

W związku z zakwalifikowaniem wniosku złożonego przez:

.....
(nazwa gminy/powiatu)

do wsparcia finansowego w zakresie realizacja w 2026 r. zadania jakim jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

1. dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub;
2. osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:
 - 1) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - 2) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913)

– poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie oświadczam, że:

– przyjmuję środki* Funduszu Solidarnościowego na realizację zadania w wysokości.....zł

(słownie zł:);
oraz na koszty związane z obsługą zadania
w wysokości..... zł
(słownie zł:.....).

– rezygnuję z przyjęcia środków Funduszu Solidarnościowego.*

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

*niepotrzebne skreślić

DANE DO ZAWARCIA UMOWY:

Nr rachunku bankowego dedykowanego wyłącznie dla środków Programu „Opieka
wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026:

.....

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):

.....