Załącznik nr 6 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego

− edycja 2026

*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:
3. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
4. 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):

………………………………………………………, na podstawie …………………………………………………….

…………………………………………………….., na podstawie …………………………………………………….

przy kontrasygnacie …………………………………………………………. skarbnika gminy/powiatu.

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

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