

WZÓR

.....
(Miejscowość i data)

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

W związku z zakwalifikowaniem wniosku złożonego przez:

.....
(nazwa gminy/powiatu)

do wsparcia finansowego w zakresie realizacji 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, z późn. zm.)

– 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:

.....

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):

.....

.....