Załącznik nr 14 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024

…..…..…..………..………………………….……………

*(miejscowość i data)*

……………………………………………..

(numer Wniosku w Generatorze)

……………………………………………..

(nazwa gminy/powiatu)

**Oświadczenie o złożeniu wniosku**

**w Generatorze Funduszu Solidarnościowego**

W związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 oświadczam, że:

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

(nazwa i adres gminy/powiatu)

w dniu …………………………………… złożył/a w Generatorze Funduszu Solidarnościowego dostępnym na stronie internetowej bfs.mrips.gov.pl wniosek na środki finansowe z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 o numerze podanym na wstępie niniejszego Oświadczenia.

Tym samym, potwierdzam, że wniosek ten złożony został przez reprezentowaną przeze mnie gminę/powiat\*.

Potwierdzam zgodność oświadczeń oraz danych zawartych w ww. wniosku ze stanem faktycznym i prawnym oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/-łam się i akceptuję treść Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 i treść Ogłoszenia o naborze wniosków w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 oraz zobowiązuję się do ich stosowania.

........................................................................................

(czytelny podpis osoby/osób reprezentujących gminę/powiat)

…………………………………………………………

(czytelny podpis skarbnika lub osoby upoważnionej)