**Oświadczenie**

*potwierdzające obsadzenie miejsc opieki przez dzieci, które posiadają orzeczenie
o niepełnosprawności lub zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu lub nieuleczalnej chorobie, które powstały w okresie prenatalnym lub w czasie porodu lub zostały zakwalifikowane przez podmiot prowadzący instytucję na podstawie zaświadczenia od lekarza specjalisty zawierającego wskazanie do objęcia dziecka szczególnej opieką.*

W związku z przyznaniem dla:

……………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres Beneficjenta)

dofinansowania w ramach modułu 1 *Resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „MALUCH+”* 2019 na zapewnienie funkcjonowania miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 w instytucji opieki:

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

(*nazwa instytucji i adres zgodne z wpisem do rejestru żłobków i klubów dziecięcych i/lub ofertą konkursową*)

oświadczam, że w 2019 roku do wyżej wymienionej instytucji opieki uczęszczało …………….. (*podać liczbę dzieci*) dziecko/dzieci niepełnosprawne/niepełnosprawnych lub wymagające/ wymagających szczególnej opieki, zakwalifikowane/zakwalifikowanych do dofinansowania
w ramach Programu „MALUCH+” 2019 na podstawieorzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczeniu o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu lub nieuleczalnej chorobie, które powstały w okresie prenatalnym lub w czasie poroduorazzaświadczeniu od lekarza specjalisty zawierającego wskazanie do objęcia szczególną opieką jako dzieci wymagające szczególnej opieki.

 Oświadczam, iż miejsce/miejsca opieki przeznaczone dla ww. dzieci było/były obsadzone przez okres ……… miesięcy przez dziecko/dzieci niepełnosprawne lub wymagające szczególnej opieki – zgodnie z § 4 ust. 2 umowy.

Ponadto przekazuję informację na temat rodzaju i liczby poszczególnych orzeczeń, zaświadczeń o niepełnosprawności lub zaświadczeń od lekarza specjalisty zawierającego wskazanie do objęcia szczególną opieką:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj orzeczenia/ zaświadczenia** | **liczba** |
| 1 |   |   |
| 2 |   |   |
| 3 |   |   |
| 4 |   |   |
| 5 |   |   |
| ….. |  |  |

………………………………………………….

*(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Beneficjenta)*

*Oświadczenie należy złożyć (jeśli dotyczy) zgodnie z § 4 ust. 2 umowy.*