**Vyjádření zřizovatele o závazku k deinstitucionalizaci**

pro účely poskytnutí podpory v rámci výzvy OPZ 03\_18\_089

„Podpora procesu transformace pobytových služeb a podpora služeb komunitního typu vzniklých po transformaci“

**Zřizovatel**

Název:

Adresa:

Statutární zástupce:

Kontaktní osoba a kontaktní údaje:

**tímto potvrzuje veřejný závazek k deinstitucionalizaci[[1]](#footnote-1)**

(tj. k transformaci ústavní péče na péči komunitní) níže uvedeného poskytovatele sociálních služeb

**Poskytovatel sociálních služeb:**

Adresa:

Statutární zástupce:

**Identifikace sociální služby, která je předmětem transformačního procesu:**

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

Toto potvrzení se vydává pro účely MPSV, Odbor realizace programů ESF – sociální začleňování a je přílohou žádosti o podporu, s cílem zajištění efektivnosti výdajů OPZ.

Datum

………….……………………………………………………

 (jméno a podpis statutárního zástupce)

1. Vyjádření je požadováno z důvodu prokázání ochoty/zájmu zřizovatele zapojit se do procesu transformace. [↑](#footnote-ref-1)