

....., dnia
miejscowość

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenia)

nr PESEL zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

..... oświadczam, że:

1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	☐ - tak ☐ - nie
2	informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,	☐ - tak ☐ - nie
3	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	☐ - tak ☐ - nie
4	przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,	☐ - tak ☐ - nie
5	przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,	☐ - tak ☐ - nie
6	w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	☐ - tak ☐ - nie
7	na cel objęty wnioskiem (zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia	☐ - tak ☐ - nie
8	na cel objęty wnioskiem (zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) będę się ubiegać o pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
9	posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),	☐ - tak ☐ - nie

10	środki finansowe stanowiące udział własny pochodzą ze środków PFRON	☐ - tak ☐ - nie
11	jestem osobą uczącą się <i>dotyczy sytuacji, gdy osoba niepełnosprawna składa wniosek we własnym imieniu</i> <i>Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki</i>	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
12	mój podopieczny / moja podopieczna jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej <i>dotyczy sytuacji, gdy wniosek składany jest przez osobę reprezentującą podopiecznego (np. osobę nieletnią)</i> <i>Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki</i>	☐ - tak ☐ - nie ☐ - nie dotyczy

☐ - żłobek ☐ - przedszkole ☐ - szkoła podstawowa ☐ - gimnazjum ☐ - szkoła zawodowa
☐ - liceum ☐ - technikum ☐ - szkoła policealna ☐ - kolegium ☐ - studia (jakie? np. I stopnia):
..... ☐ - inna (jaka?):
Pełna nazwa placówki:
dokładny adres placówki:
etap kształcenia (np. klasa, rok studiów):

.....
podpis Wnioskodawcy