

....., dnia
miejscowość

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

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

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 przyjął(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, że 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	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki na podstawie przedstawionej faktury VAT	☐ - tak ☐ - nie
7	posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego wynoszącego co najmniej 10% kosztów opieki dla osoby zależnej	☐ - tak ☐ - nie
8	środki finansowe stanowiące mój udział własny pochodzą ze środków PFRON	☐ - tak ☐ - nie
9	jestem osobą uczącą się Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	☐ - tak ☐ - nie

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

.....
 podpis Wnioskodawcy