Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – **Moduł I, obszar C, zadanie 5**

OŚWIADCZENIE

……
(imię i nazwisko)

……
(adres)

……
(PESEL)

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza ☐ tak - ☐ nie,
2. nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. 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,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.mops.com.pl
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego przedmiotu w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej - **co najmniej 25%** ceny brutto. Środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć/przesłać niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną, korespondencja elektroniczna w systemie SOW prawidłowo zaadresowana i dwukrotnie wysłana do wnioskodawcy, uznawana jest za doręczoną,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, 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,
8. na cel objęty niniejszym wnioskiem uzyskałam(em) / podopieczny uzyskał pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia ☐ tak - ☐ nie,
9. przyjmuję do wiadomości, że ze strony realizatora programu, tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej z Inspektorem ochrony danych osobowych można kontaktować się pod adresem e-mail: iodo@mops.com.pl, nr. tel. 571-332-339.

WAŻNE!

- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 ze zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku oraz którzy posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub realizatora programu.

…….. ……/……../20….. r.	……
miejscowość dnia	czytelny podpis Wnioskodawcy