

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że

.....
.....
(nazwa podmiotu)

prowadzi/nie prowadzi* działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej dwóch lat przed dniem złożenia wniosku.

Oświadczam, że podmiot ubiegający się o dofinansowanie zapewni odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania.

Oświadczam, że podmiot ubiegający się o dofinansowanie posiada/nie posiada* środki własne (minimum 40% wartości zadania) lub pozyskane z innych źródeł na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, iż podmiot ubiegający się o dofinansowanie nie ma zaległości wobec PFRON oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie był stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie podmiotu.

Oświadczam, że nie jestem/ jestem* płatnikiem podatku VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, ul. Szkolna 2, 72-010 Police moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, L rok 2016 nr 119 poz. 1).

Oświadczam, że jestem świadomy, iż dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Oświadczam, iż o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować nie później niż w ciągu 14 dni kalendarzowych od dnia ich zaistnienia.

Oświadczam, że jestem świadomy, iż złożenie wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach zadania oraz, że warunkiem zawarcia umowy jest spełnianie warunków dofinansowania określonych w przepisach prawa, także w dniu podpisania umowy.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(podpisy osób uprawnionych
do reprezentowania Wnioskodawcy)

* właściwe podkreślić