Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd" (Obszar C, Zadanie 2)

Oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie/refundację ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu nowotomyskiego:
   ☐ tak ☐ nie.
2. Posiadam środki przeznaczone na udział własny (o ile dotyczy):
   ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy.
3. Okres gwarancji wnioskowanego przedmiotu upłynął.
4. Wnioskodawca/podopieczny porusza się na wózku inwalidzkim:
   ☐ tak ☐ nie.
5. 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.
6. Zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że informacje oraz tekst programu są dostępne pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprnt.pl.
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. 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 komunikacja z wnioskodawcą odbywa się w sposób określony w SOW, a korespondencja elektroniczna prawidłowo zaadresowana i dwukrotnie wysłana do wnioskodawcy, uznawana jest za doręczoną.
9. Okres gwarancji dotyczący przedmiotu dofinansowanego uprzednio ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu „Aktywny samorząd", Moduł I - Obszar C - Zadanie 2: pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym upłynął (o ile dotyczy):
   ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy.
10. Uzyskałam(em) w bieżącym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia na cel objęty wnioskiem:
    ☐ tak ☐ nie.
11. Zobowiązuje zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.

……, dnia …… ……

miejscowość data podpis Wnioskodawcy