

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

**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 programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.mops.com.pl](http://www.mops.com.pl),
5. posiadam własne środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej - **co najmniej 10% ceny brutto**,
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 (zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) 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](mailto:iodo@mops.com.pl), nr. tel. 571-332-339,

10. pierwszy raz składam wniosek o dofinansowanie w formie elektronicznej w systemie SOW przy użyciu podpisu elektronicznego/Profilu Zaufanego na platformie ePUAP:

tak       nie       nie dotyczy

**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, 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.

miejsowość

dnia

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy