

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie/refundację ubiegam się wyłącznie w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie, przy ulicy Dworcowej 23,
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,
3. 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, a także: www.pcsrpszczyna.pl,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 10% ceny brutto kosztów opieki dla osoby zależnej. Środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
5. 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.
Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także, w okresie objętym refundacją kosztów. Refundacja poniesionych kosztów może dotyczyć kosztów poniesionych do 180 dni przed dniem złożenia wniosku,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu,
7. oświadczam, iż nie ubiegam się i nie będę ubiegać się o dofinansowanie/refundację 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),
8. jestem przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka
.....(imię i nazwisko dziecka), które przebywa lub będzie przebywało w placówce (żłobek, przedszkole itp.),
9. przyjmuję do wiadomości, iż przez koszty zapewnienia opieki dla osoby zależnej (Obszar D) – należy rozumieć koszty związane z pobytem dziecka w żłobku, przedszkolu, klubie dziecięcym, punkcie przedszkolnym, zespole wychowania przedszkolnego, oddziale przedszkolnym w szkole (opłaty potwierdzone dokumentem finansowym wystawionym przez daną placówkę np. opłata stała za pobyt lub wyżywienie, na Radę Rodziców), a także koszty sprawowania opieki przez dziennego opiekuna lub nianię,
10. Wnioskodawca po raz pierwszy ubiega się o dofinansowanie ze środków PFRON do pomocy w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej w ramach programu „Aktywny samorząd” (nie otrzymał nigdy wcześniej dofinansowania ze środków PFRON do pomocy w utrzymaniu

aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej w pilotażowym programie/programie „Aktywny samorząd” za pośrednictwem PCPR w Pszczynie ani innego Realizatora (samorządu powiatowego):

a) TAK

b) NIE

WAŻNE:

- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
- w przypadku, gdy Wnioskodawca dołącza 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.

.....,

miejsce

data

.....

podpis Wnioskodawcy