

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....
(adres wnioskodawcy)

☐ jest ☐ nie jest

pracodawcą prowadzącym Zakład Pracy Chronionej.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

Jeżeli wnioskodawca jest ZPCH dołącza do wniosku:

- ☐ potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
- ☐ informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
- ☐ informację o pomocy publicznej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....
(adres wnioskodawcy)

☐ **jest** ☐ **nie jest**

przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo o działalności gospodarczej (Dz. U. nr 101, poz. 1178 z późn. zm.).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

Jeżeli wnioskodawca jest przedsiębiorcą należy dołączyć do wniosku informację o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami ustawy o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

dla którego siedzibą jest:

.....
(adres wnioskodawcy)

☐ **jest** ☐ **nie jest**

Płatnikiem podatku VAT w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. - o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 z późn. zm.).
Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. nr 88 z 1997 r., poz. 553 ze zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub za tajenie prawdy.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....
(data)

.....
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu skarbowego.

<i>Pieczczę wnioskodawcy</i>	<i>Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy</i>

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień

.....
(data)

.....
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

Posiada następujący rachunek bankowy/rachunki bankowe:

Nazwa pola		Wartość
1. Nazwa banku		
Nr rachunku bankowego		
Informacja o ewentualnych obciążeniach		
2. Nazwa banku		
Nr rachunku bankowego		
Informacja o ewentualnych obciążeniach		
Pieczęć wnioskodawcy		Data, pieczętki imienne i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....
(nazwa, adres, NIP wnioskodawcy)

- prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku,
- posiada środki własne na sfinansowanie przedsięwzięcia w wysokości nie objętej dofinansowaniem PFRON
- nie poniosło i nie poniesie nakładów finansowych przed podpisaniem umowy w zakresie organizacji zadania o które ubiega się w ramach dofinansowania ze środków PFRON z zakresu sportu, kultury, turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych
- zapewni odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania,
- 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,
- znana jest mi treść art. 233 §1 Kodeksu Karnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 14444 z późn. zm.) o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- wyraża zgodę na przetwarzanie danych zawartych we wniosku do celów związanych z realizacją przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Busku- Zdroju zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

<i>Pieczęć wnioskodawcy</i>	<i>Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy</i>