

.....
miejscowość i data**OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że

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

- nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz wobec Urzędu skarbowego,
- 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 dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
- zapewnia odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych warunki techniczne i lokalowe do realizacji zadania,
- zatrudniam fachową kadrę niezbędną 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 osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy</i>