

**Oświadczam, że:**

1.	O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Pułtuskiego.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Informacje podane we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął/am do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: <a href="http://www.pfron.org.pl">www.pfron.org.pl</a> , oraz <a href="http://www.pcprpultusk.pl">www.pcprpultusk.pl</a> .	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości co najmniej 10 % ceny brutto.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
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 oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
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.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
8.	Zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu informację o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
9.	W okresie 3 lat nie uzyskałam/em pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na uzyskanie prawa jazdy, adresowanej do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu oraz do osób z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)