

.....

(imię i nazwisko)

.....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....  
(miejscowość, nr kodu)

## **Oświadczenia**

Oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie w celu ubiegania się o pomoc ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Podane dane osobowe, zgodnie z art. 4 pkt 11 w/w rozporządzenia przekazuję w sposób dobrowolny, konkretny i świadomy oraz jednoznacznie okazuję wolę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O wszelkich zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację wniosku zobowiązuję się powiadomić PCPR Wschowa w terminie 14 dni.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

Posiadam wymagane minimum tj. 5% środków własnych dla kosztów realizacji zadania.

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....

(podpis)