

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Podane informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. Znanе mi są „Zasady dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych”, przyjęte przez Powiat,
3. W ramach realizacji zadania planowane jest / nie jest planowane pobieranie opłat od ostatecznych beneficjentów zadania,
4. Reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do uzyskania środków finansowych w wysokości wystarczającej na pokrycie pozostałych kosztów zadania (poza kosztami przewidzianymi do dofinansowania ze środków PFRON), w tym wkładu własnego, zaangażowanego do realizacji zadania,
5. Na dzień sporządzenia wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON / nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
6. Oświadczam, że zatrudniam fachową kadrę do obsługi imprezy / zobowiązuję się do zatrudnienia fachowej kadry do obsługi imprezy.
7. Oświadczam, że posiadam / zabezpieczę odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji imprezy.
8. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie uchwały Zarządu Powiatu lub decyzji przyznającej środki Funduszu na podstawie niniejszego wniosku.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

.....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

.....
dla którego siedzibą jest:

.....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

.....
(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 tajnienie 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:

1. potwierdzoną kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
2. informacje o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku,
3. 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 tajnienie prawdy.

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

.....
miejsowość 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>Pieczęć 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	

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