

OŚWIADCZENIE dotyczące osoby niepełnosprawnej

1. Oświadczam, że zostałem(am) skierowany na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduję.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem(am), w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że w roku w którym ubiegam się o dofinansowanie, nie uzyskałem(łam) na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu.
4. Oświadczam, że wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej.
5. Oświadczam, że wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów.
6. Oświadczam, że będę uczestniczył(a) w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
7. Oświadczam, że nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
8. W przypadku podania danych innych niż własne zobowiązuję się do poinformowania osoby, której dane osobowe udostępniam, iż administratorem jej danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów.
9. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, wyrażam zgodę na poinformowanie organizatora turnusu o kwocie przyznanego dofinansowania oraz danych zawartych w informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się poinformować w formie pisemnej w ciągu 14 dni.
11. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.*

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania w ramach niniejszego wniosku, w zakresie:

- numeru telefonu:
- adresu do korespondencji (*wypełnić wyłącznie w przypadku kiedy jest inny niż adres zamieszkania*):
- danych zawartych w kwestionariuszu osobowym dotyczącym sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
- zaświadczenia o kontynuowaniu nauki (*dot. osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej*)
- inne (jakie?):

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

* **Art.233 § 1 Kodeksu Karnego** „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”