

**Oświadczam, że:**

1. **o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku wsparcia ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego Powiatu Białskiego**  TAK  Nie
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, **eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania**  Tak  Nie
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacjach kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł III, które przyjmuję do wiadomości i stosowania,
4. w skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utraciłam(em), w okresie od dnia 9 marca 2020 roku do dnia 16 listopada 2020 roku, możliwość korzystania z prowadzonych zajęć (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjne.
5. w „placówce rehabilitacyjnej”, w której uczestniczę udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (*tnz. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku*).  Tak  Nie
6. przyjmuję do wiadomości, że wsparcie polega na przekazaniu miesięcznego świadczenia w stałej wysokości 500 zł, przez okres maksymalnie 5 miesięcy i nie dłuższy niż 5 miesięcy licząc od marca 2020 r. tylko za miesiące, w których wystąpił brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres, co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.
7. w każdym z wykazanych miesięcy wystąpił brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.
8. w żadnym z wnioskowanych miesięcy **nie korzystałem z dodatkowego zasiłku opiekuńczego**, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Prawdziwość powyższych danych zawartych we wniosku i załącznikach stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać. ....

..... dnia ..... /..... /20... r.

.....  
podpis Wnioskodawcy