

*Załącznik nr 5 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową*

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Seria i numer dowodu.....

Oświadczam, iż

€ nie ubiegam się w roku 2015 odrębnym wnioskiem o dofinansowanie, refundację lub dotację.....

.....

.....(wpisać cel podany we wniosku) ze środków PFRON za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) niż właściwego dla mojego miejsca zamieszkania zgodnie z KC art. 25 i 28.

€ ubiegając się o pomoc w obszarze C: zadanie nr 3 i 4 nie otrzymałem/łam w 2014 roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel w/w.

Realizatorem właściwym dla osób, których miejscem zamieszkania jest Powiat Koniński jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie al. 1-go Maja, 62-510 Konin.

.....
czytelny podpis