**INFORMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**Informuję, że:**

1. Nie prowadzę/prowadzę działalności gospodarczej/rolniczej/ nie jestem/ jestem członkiem spółdzielni socjalnej.\*)
2. Nie prowadziłem/-am\*) działalności gospodarczej/ rolniczej\*), nie byłem/-am\*) członkiem spółdzielni socjalnej w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o przyznanie jednorazowo środków na podjecie działalności.
3. Nie pozostaję /pozostaje\*) w zatrudnieniu z tytułu umowy o pracę/zlecenie/o dzieło\*).
4. Nie posiadam/ posiadam zgłoszonego do ewidencji działalności gospodarczej zawieszenia wykonywania działalności.
5. Nie otrzymałem/-am\*)/ otrzymałem/-am\*)/ dotychczas bezzwrotnych środków publicznych na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej.
6. Nie złożyłem/-am\*)/ złożyłem/-am \*) wniosku o przyznanie środków na podjęcie działalności lub wniosku o przystąpienie do spółdzielni socjalnej do innego starosty.
7. Nie złożyłem/-am\*)/ złożyłem/-am\*) wniosku o przyznanie środków publicznych na podjęcie działalności lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej do innych instytucji i organizacji.
8. Nie otrzymałem/-am\*)/ otrzymałem/-am\*) pomocy publicznej na ten sam rodzaj kosztów, które mają być finansowane w ramach wnioskowanych środków.
9. Przeznaczę przyznane środki na cel określony w umowie.
10. Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 17 października 2007r. w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej środków na podjecie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej (Dz. U. z 2007r. Nr 194 poz.1403 z późn. zm.).
11. Jest mi wiadome, że przyznane środki stanowią pomoc de minimis.
12. Zapoznałem się z „Zasadami przyznawania osobom niepełnosprawnym jednorazowo środków

PFRON na podjęcie działalności…”, udostępnionymi prze PUP w siedzibie Urzędu i na stronie internetowej Urzędu.

**Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 kk, za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

**\*)** niepotrzebne skreślić ……………………………………………………

( data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej)