

.....
Data wpływu
 do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kamieniu Pomorskim

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

Nazwisko i imię osoby niepełnosprawnej

Adres

..... Nr telefonu

PESEL

Seria i Nr dowodu osobistego wydany przez

w dniu w

Nazwisko i imię opiekuna prawnego dziecka*

Adres

..... Nr telefonu

PESEL

Seria i numer dowodu osobistego wydany przez

w dniu w

Cel dofinansowania

Miejsce realizacji zadania

Termin rozpoczęcia realizacji zadania

Czas trwania realizacji zadania

Przewidywane efekty realizacji zadania

Informacja o przyznanych wcześniej środkach PFRON z wyszczególnieniem:

nr umowy data cel umowy

Czy umowa została rozliczona : Tak Nie

Informacja o ogólnej wysokości poniesionych dotychczas nakładów na realizację zadania

.....

Informacja o innych źródłach finansowania realizacji zadania

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania (w zł)

Wysokość wnioskowanego dofinansowania (w zł)

* w przypadku, kiedy osobą niepełnosprawną jest dziecko do 16 roku życia.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy/a odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że liczba osób pozostających w moim gospodarstwie domowym wynosiła, a miesięczny dochód netto na jedną osobę pozostającą w moim gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wynosił zł.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

DATA r.

PODPIS WNIOSKODAWCY
czytelny

Do wniosku załączam:

1. Kopię aktualnego orzeczenia określającego niepełnosprawność wraz z jego oryginałem do wglądu.
2. Zaświadczenie lekarskie z uzasadnieniem potwierdzającym trudności w poruszaniu się, jeżeli nie wynika to wprost z orzeczenia o niepełnosprawności.
3. Kopię dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do mieszkania, w którym likwidowana będzie bariera architektoniczna wraz z jego oryginałem do wglądu lub zgoda właściciela budynku.
4. Kosztorys przedwykonawczy prac związanych z likwidacją barier architektonicznych - dopiero po wizycie pracowników z PCPR rozpatrujących wniosek w miejscu zamieszkania wnioskodawcy, ze wskazaniem zakresu prac remontowo - budowlanych.
5. Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach.
6. Zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

DATA r.

PODPIS WNIOSKODAWCY
czytelny

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

Wniosek został rozpatrzony pozytywnie / negatywnie

Udział finansowy osoby niepełnosprawnej wynosi zł

Dofinansowanie z PCPR wynosi zł (słownie:)

.....)

Data r.

.....
Pieczęć PCPR i podpis Kierownika PCPR

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH

Ja.....syn/córka.....,
(imię i nazwisko) (imiona rodziców)

urodzona/y....., legitymująca/y się dowodem osobistym.....
(data urodzenia) (seria i nr dowodu)

zamieszkała/y.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania, miejscowość)

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

1. Moja rodzina składa się z osób.
2. Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, obliczony z okresy ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosi:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód z trzech miesięcy
Dane dotyczące Wnioskodawcy		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:		
	Razem:	

3. Przeciętny miesięczny dochód na 1 członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony z okresu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosizłotych.

Dane powyższe podaję zgodnie ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. W przypadku stwierdzenia niezgodności informacji ze stanem faktycznym zobowiązuję się zwrócić przyznane dofinansowanie.

.....
Data

.....
Podpis oświadczającego

Dane osobowe przekazane przez wnioskodawców do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kamieniu Pomorskim przy ul. Wolińska 7B (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji złożonego wniosku. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem pozytywnego rozpatrzenia wniosku.

Ja urodzona/y
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

zamieszkała/y
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego¹ za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż dane wskazane we wniosku są zgodne z dowodem osobistym seria i numer wydanym przez

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR z siedzibą w Kamieniu Pomorskim przy ul. Wolińska 7B, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

¹ Art. 233 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

§ 1. 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 do lat 3.