

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

## WNIOSEK O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

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 Nr 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 wynosi ....., a miesięczny dochód netto na jedną osobę pozostającą w moim gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi ..... zł.

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

DATA ..... r.

PODPIS WNIOSKODAWCY .....  
*czytelny*

**Do wniosku załączam:**

1. Kopię aktualnego orzeczenia określającego niepełnosprawność albo niezdolność do pracy albo inwalidztwo wraz z jego oryginałem do wglądu
2. Zaświadczenie lekarskie z uzasadnieniem potwierdzającym potrzebę likwidacji bariery dla osoby niepełnosprawnej, w związku z potrzebami wynikającymi z jej niepełnosprawności
3. Kosztorys przedwstępny ( materiał, sprzęt, wyposażenie, robocizna itp. ) likwidacji barier technicznych.
4. Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach.
5. Zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

DATA ..... r.

PODPIS WNIOSKODAWCY .....  
*czytelny*

**WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**

Wniosek został rozpatrzony pozytywnie / negatywnie

Wkład własny osoby niepełnosprawnej wynosi ..... zł

Dofinansowanie z PCPR wynosi ..... zł (słownie : ..... )

Data ..... r.

.....  
*Pieczczę 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, wynosi .....złotych.

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 karnego<sup>1</sup> 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*

---

<sup>1</sup> 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.