

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Zawierciu
ul. Daszyńskiego 4
tel. 32 67 107 48 wew. 110

Data wpływu:

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO
FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
DO LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)	
Telefon kontaktowy	
DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO (w przypadku osób niepełnoletnich oraz osób ubezwłasnowolnionych)	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA MNIE W SPRAWIE ZŁOŻENIA WNIOSKU I REALIZACJI UMOWY (z wyłączeniem podpisania umowy)	
Imię i nazwisko	
Telefon kontaktowy	
INFORMACJE DODATKOWE	
Sytuacja zawodowa wnioskodawcy	
Miejsce realizacji zadania – adres	
Planowany termin rozpoczęcia inwestycji – czas realizacji	
Nazwa banku i numer rachunku bankowego	
Dotychczas poniesione koszty	
Całkowity koszt przedsięwzięcia	
Wnioskowana kwota dofinansowania	

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał kalendarzowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto miesięcznie w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie), wynosił

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

2. **Oświadczam, że posiadam co najmniej 5 % wkładu własnego do sfinansowania likwidacji barier technicznych.**
3. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania PCPR o zmianach mających wpływ na przyznanie dofinansowania po złożeniu wniosku.

.....
podpis wnioskodawcy,
(przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego)

Załączniki:

1. Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wnioskodawcy.
2. Zaświadczenie o stanie zdrowia.
3. Oferta cenowo – rzeczowa wraz ze szczegółowym opisem funkcji urządzenia