

Załącznik do formularza wniosku o dofinansowanie zadań ze środków PFRON na likwidację barier funkcjonalnych

Opczo dnia

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania i nr telefonu

Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że

1. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach realizacji zadania (minimum 5%).
2. o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni (zmiana dotycząca np. adresu zamieszkania).
3. przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych PFRON i uchwaleniu budżetu finansowego na bieżący rok przez Radę Powiatu Opoczyńskiego.
4. przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie.

Oświadczam, że pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z: (wymienić członków rodziny **stopień pokrewieństwa** z wnioskodawcą).....

.....
.....

wraz z osobami wspólnie gospodarującymi utrzymuję się z: (wymienić rodzaj świadczenia i jego wysokość)

rodzaj świadczenia	kwota
---------------------------	--------------

- | | |
|--------|-------------------|
| 1..... | w kwociezł. |
| 2..... | w kwociezł. |
| 3..... | w kwociezł. |
| 4..... | w kwociezł. |
| 5..... | w kwociezł. |
| 4..... | w kwociezł. |

Posiadam/ nie posiadam* osoby wspólnie gospodarujące posiadają/ nie posiadają* gospodarstwa rolnego – hektarów przeliczeniowych o powierzchni kwota.....

Załącznik do formularza wniosku o dofinansowanie zadań ze środków PFRON na likwidację barier funkcjonalnych

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2023 r. poz. 127 z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy/ opiekuna prawnego/
pełnomocnika/ przedstawiciela ustawowego*

*niewłaściwe skreślić