

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 kwocie .....zł.

2..... w kwocie .....zł.

3.....w kwocie .....zł.

4.....w kwocie .....zł.

5 .....w kwocie .....zł.

4.....w kwocie .....zł.

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

Uprzedzony/uprzedzona 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