Załącznik nr 1

……………………………………. Miejscowość: ………………..…………, data………………… Imię i nazwisko

…………………………………….

Adres zamieszkania

…………………………………....

**dot. wniosku nr BA/………../………./SOW**

**Dodatkowe oświadczenia / informacje / zgody**

1. Oświadczam, że o wnioskowane dofinansowanie w ramach likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza  tak  nie.
2. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
3. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu / usługi przed przyznaniem środków finansowych PFRON i zawarciem umowy.
5. Jestem płatnikiem podatku VAT  tak  nie.
6. Podając numer telefonu oraz adres e-mail we wniosku o dofinansowanie wyraża Pan/Pani zgodę na jego przetwarzanie w celu ewentualnego kontaktu organu z osobą ubiegającą się o dofinansowanie (lub jej opiekunem prawnym/pełnomocnikiem) do celów związanych z wnioskiem o dofinansowanie w ramach likwidacji barier architektonicznych. Ma Pan/Pani możliwość wycofania tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
7. UZASADNIENIE składanego wniosku w ramach likwidacji barier architektonicznych – cel dofinansowania (oraz dodatkowe informacje w przypadku Wnioskodawcy, który ubiega się ponownie o udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel – należy wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego / kolejnego dofinansowania ze środków PFRON) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości i w pełni się zgadzam z tym, że kabina prysznicowa oraz brodzik stanowi barierę architektoniczną dla osoby niepełnosprawnej – dotyczy osób, które będą przystosowywać łazienkę dla potrzeb osoby niepełnosprawnej.
2. Oświadczam, że mieszkam (adres): ………………………………………………………………………………………..………

z zamiarem stałego pobytu, gdzie zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

1. **Nr księgi wieczystej** (w przypadku własności): ………………………………………..

…………………………………….

Imię i nazwisko

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada zaległości wobec PFRON:** taknie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) zaległości: ......................................................  **Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:** taknie |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zdolność Wnioskodawcy / dziecka / podopiecznego do komunikowania się z innymi:** | **Zdolność zaspakajania podstawowych potrzeb (n życiowych (np. spożywanie posiłków, toaleta, ubiór)** |
| 1. całkowita  2. ograniczona  3. brak zdolności  | 1. samodzielnie  2. z pomocą osoby drugiej  3. wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji   osób drugich |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SYTUACJA RODZINNA WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO** | | |
| 1. | Osoba mieszkająca samotnie | **** |
| 2. | Osoba zamieszkująca wyłącznie z osobami niepełnosprawnymi | **** |
| 3. | Osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny | **** |
| 4. | Osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny | **** |

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Czytelny podpis