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)
……
……
……
……
……
……
……
8. 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.
9. Oświadczam, że mieszkam (adres): ……..…… z zamiarem stałego pobytu, gdzie zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.
10. **Nr księgi wieczystej** (w przypadku własności): ……..

…….
Imię i nazwisko

Zdolność Wnioskodawcy / dziecka / podopiecznego do komunikowania się z innymi:	Zdolność zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych (np. spożywanie posiłków, toaleta, ubiór)
a) całkowita ☐ b) ograniczona ☐ c) brak zdolności ☐	a) samodzielnie ☐ b) z pomocą osoby drugiej ☐ c) 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