Załącznik Nr 1 do wniosku osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PCPR** |

1. **Ocena formalna wniosku:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Warunki weryfikacji formalnej po etapie I** | **Tak** | **Nie** | **Uwagi** |
| Wniosek wypełniono prawidłowo |  |  |  |
| Wniosek zawiera wymagane załączniki |  |  |  |

**Weryfikacja formalna wniosku:** □pozytywna □negatywna

Wniosek uzupełniony w terminie □tak □nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia □tak □nie

……………………………..

(data i podpis pracownika PCPR)

**Etap I**

II. Opinia merytoryczna co do zasadności wniosku:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

......................................................

(data i podpis pracownika PCPR)

## Etap II

1. Wykonawca wybrany przez Wnioskodawcę (nazwa, dokładny adres i nr telefonu)

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**2) Opinia merytoryczna** **co do poprawności rozwiązań technicznych i kosztów oraz zgodności z katalogiem likwidacji barier**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

....................................................

(data i podpis pracownika PCPR)

## III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

.......................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

....................................................

(data i podpis)

Załącznik Nr 2 do wniosku osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że jestem właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym

nieruchomości mieszczącym się pod adresem ………………………………………………….

.…………………………………………………………………..

(czytelny podpis właściciela lub użytkownika nieruchomości)

Załącznik Nr 2 do wniosku osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

**Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego**

Wyrażam zgodę na dostosowanie: ………………………………………………….. w którym

stale zamieszkuje ………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, adres zamieszkania Wnioskodawcy)

…………………………………………………………………

(czytelny podpis właściciel lokalu lub budynku mieszkalnego)

Załącznik Nr 3 do wniosku osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że stale zamieszkuję pod adresem:

………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….

(czytelny podpis Wnioskodawcy)