

IV. A. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania, w którym ma zostać zrealizowane zadanie.

- dom jednorodzinny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny spółdzielczy* / własnościowy, inne*
 - budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (podać kondygnację) o powierzchni m²
 - przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
 - opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
 - łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
 - w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
 - inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-
-

IV. B. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje (1)

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

IV. C. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Nazwisko i imię	wiek	pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny netto
			stopień (2)	rodzaj (3)	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

V. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy

Liczba osób w gospodarstwie domowym
(podać liczbę)

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi na osobę**
(podać kwotę miesięcznie)

VI. Korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej

Czy wnioskodawca i/lub osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym korzystają ze świadczeń z Ośrodka Pomocy Społecznej*: TAK NIE

Jeśli tak, to w jakiej formie:.....

(1) wstaw X we właściwej rubryce

(2) wstaw właściwe oznaczenia z tabeli II.B.

(3) wstaw właściwe oznaczenia z tabeli II.A.

* niepotrzebne skreślić

VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (1)

Oświadczam, że nie korzystałam(em) ze środków PFRON
(na likwidację barier architektonicznych)

Korzystałam(em) ze środków PFRON na:

przedmiot dofinansowania / zakres prac objętych umową / cel umowy	data otrzymania / nr umowy	kwota dofinansowania	dofinansowanie zostało	
			rozliczone	nierozliczone
1.				
2.				
3.				

VIII. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora

1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 20%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania sponsorem będzie	%

IX. Dane informacyjne o wnioskodawcy (1)

Wykształcenie	zaznacz właściwe	Rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
niepełne podstawowe		wynagrodzenie za pracę	
podstawowe		przychody z działalności gospodarczej	
zawodowe		renta stała* / emerytura*	
średnie ogólnokształcące		renta okresowa	
średnie zawodowe		renta szkoleniowa	
policealne		zasiłek dla bezrobotnych	
wyższe		zasiłek socjalny	
wyższe z tytułem naukowym		stypendium	
		alimenty* / inne*	

X. Przedmiot dofinansowania.

Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

przewidywany koszt realizacji zadania (jeśli koszt jest znany)

planowany termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

XI. Cel dofinansowania.

Uzasadnienie wnioskowanych przedsięwzięć

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(1) wstaw X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

