

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....
(nr kodu, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe / iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby¹:

		Przeciętny miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
RAZEM		

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam co następuje:

Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny wynosi: zł
(słownie złotych:).

Przeciętny miesięczny dochód rodziny – jest to dochód wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących gospodarstwo domowe osób, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym został złożony wniosek w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób

Oświadczam, także że:

1. przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi zł
(słownie złotych).

2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dniar.

miejsowość

podpis Wnioskodawcy

UWAGA: Na żądanie PCPR we Wrześni Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć dowody poświadczające wysokość uzyskanych dochodów. W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez Realizatora środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu. Samodzielne gospodarstwo domowe – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu. Wspólne gospodarstwo domowe – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego.

* niepotrzebne skreślić

Bariery architektoniczne – to przystosowanie mieszkania dla osoby niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się, w celu umożliwienia jej wykonywania podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące likwidacji barier architektonicznych**

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

I. Przyczyny niepełnosprawności (wstawić X w odpowiednim polu)

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby układu oddechowego	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo - płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenie, choroby układu krwiotwórczego	
12. częściowe zaburzenia rozwoju.	

II. Opis niepełnosprawności:.....

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

III. Uzasadnienie, dlaczego wskazana jest likwidacja barier architektonicznych

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza