

# Załącznik nr 2 do Regulaminu projektu grantowego

# Wniosek o udziale w projekcie grantowym

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** | ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ |
| **Data urodzenia:** |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

#### **ADRES KORESPONDENCYJNY**

□ Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

### **DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** | ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ |
| **Data urodzenia:** |  |

#### **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

### **ROLA WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | **□** we własnym imieniu **□** jako rodzic **□** jako opiekun prawny **□** jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) **□** na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |  |
| **Repertorium nr:** |  |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | **□** pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie  **□** do rozliczenia dofinansowania **□** do zawarcia umowy  **□** do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku  **□** do złożenia wniosku **□** inne |

### **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | **□** tak  **□** nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | **□** Znaczny **□**  Umiarkowany **□** Lekki **□** Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | **□** bezterminowo  **□** okresowo – do dnia: ……………………………….. |
| **Wpisać numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** | **□** I grupa **□** II grupa **□** III grupa **□** nie dotyczy |

|  |  |
| --- | --- |
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | **□** tak  **□** nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | **□** 2 przyczyny **□** 3 przyczyny |

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

□ przelew na konto Wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** | ∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

**WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| ***Przedmiot wniosku, przeznaczenie, dofinansowania:*** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania w zł (100%):** |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania z środków w zł – maksymalnie do 85%:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne w zł:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** | Suwałki, ul. ……………………………………………………………………….. |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |

### **OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA** *(dotyczy wyłącznie likwidacji barier architektonicznych/technicznych)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Budynek:** | **□** dom jednorodzinny **□** wielorodzinny prywatny,  **□** wielorodzinny komunalny **□** wielorodzinny spółdzielczy |
| **Ilość pięter:** | **□** budynek parterowy **□** piętrowy  **□** mieszkanie na piętrze (*którym?*): ……………………… |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** | ………………………………………………………………… |
| **Liczba pokoi:** | (ile?) …… **□** + kuchnia **□** + łazienka **□** + wc |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | **□** wannę **□** brodzik **□** kabinę prysznicową **□** umywalkę |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** |  |

### **OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej w moim miejscu zamieszkania, sporządzenie protokołu uzgodnień, dokumentacji fotograficznej pomieszczeń oraz przeprowadzenie niezbędnych czynności w ramach realizacji wniosku.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny\* - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

\* „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | czytelny podpis Wnioskodawcy,  *przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika* |
|  | ……...….…. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | |
| **□** | kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku osoby z niepełnosprawnościami (oryginał do wglądu)/*oryginał do wglądu/* |
| **□** | kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą (jeśli dotyczy) /oryginał do wglądu/ |
| **□** | aktualne zaświadczenie lekarskie, poświadczające potrzebę likwidacji barier architektonicznych/technicznych w miejscu zamieszkania wnioskodawcy *(wzór załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu)* |
| **□** | udokumentowana podstawa prawna do dysponowania lokalem, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. akt własności, umowa najmu, zgoda właściciela budynku, lokalu itp.) - kopia *(oryginał do wglądu)* |
| **□** | decyzja o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu\*, pozwolenie na budowę, lub zgłoszenie, projekt techniczny, jednoznacznie określający zakres robót będących przedmiotem wniosku *(w koniecznych przypadkach)* |
| **□** | kosztorys wstępny planowanych robót i zakupów – zweryfikowany przez inspektora nadzoru robót budowlanych, w tym także poprzez wizytę w lokalu, na co Grantobiorca wyraża zgodę |
| **□** | szkic planowanych zmian, które mają nastąpić w trakcie likwidacji barier |
| **□** | zgoda właściciela/współwłaścieli na przebudowę budynku lub lokalu |