### Załącznik nr 1 do formularza wniosku

…………………………………………… …………………………….

/imię i nazwisko/ /miejscowość i data/

……………………………………………

……………………………………………

/adres zamieszkania/

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikających z art. 233 KK: „Kto zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, oświadczam co następuje:

1. Przebywam z zamiarem stałego pobytu w

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

/wpisać adres zamieszkania/

2.Posiadam środki własne w wysokości ……..%

(słownie: ………………………. procent) przewidywanych kosztów likwidacji barier architektonicznych\*,   
w komunikowaniu się\*, technicznych\*, tj. ……………………………............. zł,

(słownie: ……………………………………………………………...……………….. złotych)

3. Jestem\* Nie jestem\* zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy   
w Brzesku ( jeśli tak proszę dołączyć aktualne zaświadczenie z PUP w Brzesku),

4. Pobieram\* Nie pobieram\* świadczeń z pomocy społecznej ( jeśli tak proszę dołączyć aktualną decyzje o pobieraniu świadczeń),

5. Pobieram\* Nie pobieram\* świadczeń rodzinnych z pomocy społecznej ( jeśli tak

proszę dołączyć aktualną decyzje o pobieraniu świadczeń),

6. Posiadam\* Nie posiadam\* gospodarstwo rolne o powierzchni……………………………

hektarów przeliczeniowych ( jeśli tak proszę dołączyć nakaz płatniczy lub aktualne zaświadczenie

o stanie posiadania z Urzędu Gminy )

7. Zamieszkuje: Samotnie\* Z rodziną\* Z osobami niespokrewnionymi\*

\* niepotrzebne skreślić

…………..…………………………………………

/podpis/

### Załącznik nr 2 do formularza wniosku

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR w Brzesku

/PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………..

Data urodzenia …………………………………… PESEL ……………………………………..

Adres ……………………………………………………………………………………………………

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:

na wózku inwalidzkim

na stałe

okresowo

za pomocą kul

za pomocą balkoniku

osoba leżąca

inna dysfunkcja narządu ruchu

wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk

dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu słuchu i mowy

deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe

inne (podać jakie) ………………………………………………………………………………………….

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Opis schorzenia będącego przyczyna niepełnosprawności:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności zaleca się zaopatrzenie w:

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

/wpisać nazwę urządzenia/

Data ………………………………….. ………………………………………….

**Podpis i pieczątka lekarza specjalisty**

\* właściwe zaznaczyć

\* niepotrzebne skreślić

*UWAGA!!! Zaświadczenia lekarskie uznawane jest tylko i wyłącznie po wcześniejszym wydaniu przez lekarza specjalistę.*

Załącznik nr 3 do formularza wniosku

………………………………………… ………………………………………….

/imię i nazwisko/ /miejscowość i data/

……………………………………………

……………………………………………

/adres zamieszkania/

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikających   
z art. 233 KK: „Kto zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Ja niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym seria ……...… nr ………….………, niniejszym oświadczam, iż moje miesięczne dochody netto wynoszą …………………….. zł,   
(słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………….…).

Źródłami w\w dochodów są:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Źródło dochodu | Wysokość miesięcznego dochodu netto |
| 1. | wynagrodzenie ze stosunku pracy, umowy o dzieło, umowy zlecenia i in |  |
| 2. | renty w tym socjalne, rehabilitacyjne lub emerytury |  |
| 3. | zasiłki z pomocy społecznej |  |
| 4. | świadczenia przedemerytalne |  |
| 5. | świadczenia rodzinne |  |
| 6. | zasiłki dla bezrobotnych |  |
| 7. | Inne (wymienić jakie) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** | |  |

……….…………………………….

/podpis/

1. niepotrzebne skreślić