**Załącznik nr 1 do Regulaminu udziału w projekcie pn. „Przez rehabilitację do samodzielności -wsparcie osób niepełnosprawnych z terenu Gminy Człuchów” realizowanym w ramach pożytku publicznego.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba załączników** | **Data, pieczątka LGD Ziemi Człuchowskiej  i podpis osoby przyjmującej** |
|  |  |

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Formularz wniosku o przyznanie dotacji w ramach zadania publicznego   
pn. „Przez rehabilitację do samodzielności - wsparcie osób niepełnosprawnych z terenu Gminy Człuchów”.**

**1. Dane wnioskodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/Imiona i nazwisko wnioskodawcy** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres wnioskodawcy (obowiązkowo)** | **Ulica:**  **Numer budynku/mieszkania:**  **Kod pocztowy:**  **Miejscowość:** |
| **Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)** | **Ulica:**  **Numer budynku/mieszkania:**  **Kod pocztowy:**  **Miejscowość:** |
| **Numer telefonu (obowiązkowo)** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Wnioskowana kwota wsparcia (nie więcej niż 1000,00 zł brutto)** |  |

**2. Wnioskowana forma pomocy:**

Proszę wskazać kwotę wnioskowanej formy pomocy (max 1000,00 zł brutto*).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wnioskowana forma pomocy** | **Kwota** | **Opis wnioskowanej pomocy** |
| **Dofinansowanie do rehabilitacji ruchowej** | ………………zł |  |
| **Dofinansowanie do rehabilitacji pedagogicznej/logopedycznej** | ………………zł |  |
| **Suma** | …………………zł | - |

**3. Wykaz załączników:**

Proszę zaznaczyć załączniki poprzez wstawienie znaku X oraz w pozycji Inne - wypisać pozostałe dokumenty, załączone do wniosku.

|  |  |
| --- | --- |
| Orzeczenie o niepełnosprawności. | 🞏 TAK  🞏 NIE  🞏 NIEDOTYCZY |
| Dokument uprawniający do reprezentowania w przypadku wnioskowania o pomoc dla osoby pełnoletniej (ubezwłasnowolnienie, pełnomocnictwo). | 🞏 TAK  🞏 NIE  🞏 NIEDOTYCZY |
| Dokument potwierdzający trudną sytuację materialną (np. zaświadczenie wystawione przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej). | 🞏 TAK  🞏 NIE  🞏 NIEDOTYCZY |
| Zaświadczenie o zarobkach z ostatnich trzech miesięcy/wysokości przyznanej renty/pobieranych świadczeniach/ wysokości dochodu z gospodarstwa rolnego (dot. wszystkich członków gospodarstwa domowego). | 🞏 TAK  🞏 NIE  🞏 NIEDOTYCZY |
| Inne | 🞏 TAK  🞏 NIE  🞏 NIEDOTYCZY  Opis, nazwa załącznika:…………………......... ………………………………………………. ………………………………………………. ………………………………………………. |

……………… -… -….- 2023 r. ……………………………………  
(miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)