

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie

likwidacja barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko

Data urodzeniaadres

Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną poruszającą się:

Zakreślić jedno właściwe pole	Jestem osobą poruszającą się:
<input type="checkbox"/>	po amputacji kończyn, leżącą lub na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna
<input type="checkbox"/>	samodzielnie po zaprotezowaniu
<input type="checkbox"/>	z laską
<input type="checkbox"/>	wyłącznie przy pomocy kul lub balkonika
<input type="checkbox"/>	samodzielnie na wózku inwalidzkim
<input type="checkbox"/>	z przewodnikiem
<input type="checkbox"/>	samodzielnie

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.
Podanie nieprawdziwych danych skutkuje odrzuceniem wniosku o dofinansowanie.

Włoszczowa, dnia.....r.,

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)