



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt Centrum Usług Środowiskowych - "Razem Łatwiej"

Załącznik nr 1

Świadczenia usług w ramach

Klubu „ Być Razem”

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko składającego deklarację)

.....
(dokładny adres zamieszkania)

DEKLARACJA O DOCHODACH

za okres

(pełnych trzech miesięcy kalendarzowych poprzedzających datę złożenia wniosku)

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób :

1. Imię i nazwiskownioskodawca,
.....data urodzenia
2. Imię i nazwiskostopień pokrewieństwa,
.....data urodzenia.....
3. Imię i nazwiskostopień pokrewieństwa,
.....data urodzenia.....
4. Imię i nazwiskostopień pokrewieństwa,
.....data urodzenia.....

Oświadczam, że w podanym wyżej okresie dochody moje i wymienionych wyżej kolejno członków mojego gospodarstwa domowego wynosiły :

L.p. *	Miejsce pracy - nauki **	Źródła dochodu	Wysokość dochodu (netto) w zł
1.			

2.			
3.			
4.			
		Razem dochody gospodarstwa domowego :	

Średni dochód na 1 członka gospodarstwa domowego wynosi złotych to jest miesięczniezł.

Składając niniejszą deklarację oświadczam, że jest mi wiadomo, że dokumenty, na których podstawie zadeklarowałem(-am) dochody, jestem zobowiązany (-a) przechowywać przez okres 3 lat.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom (-a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....

(podpis składającego deklarację)

Objaśnienia:

* Podać liczbę porządkową według osób zamieszczonych przed tabelą;

** Wymienić oddzielnie każde źródło dochodu.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt Centrum Usług Środowiskowych - "Razem Łatwiej"

Załącznik nr 2
Świadczenia usług w ramach
Klubu „Być Razem”

Informacja beneficjenta w Projekcie Centrum Usług Środowiskowych - "Razem Łatwiej"

Część I

DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko

PESEL

2. Data i miejsce urodzenia

3. Adres zamieszkania :

Miejscowość, ulicanr domu

nr lokalukodpoczta

4. Numer telefonu

5. Posiadane orzeczenie :

O stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim

(prawidłowe podkreślić)

6. Realizowany program terapeutyczny (ŚDS, WTZ, DPS, ZAZ) :

.....

7. Miejsce pracy

8. Inne istotne informacje dotyczące beneficjenta

.....

Część II

SYTUACJA MIESZKANIOWA

Zamieszkuje :

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami spokrewnionymi	

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z beneficjentem (w tym osoby niepełnosprawne) :

L. p.	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Rok urodzenia	Niepełnosprawność	
				Stopień	Rodzaj
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Część III

Charakterystyka zdolności udzielania wsparcia przez środowisko społeczne, instytucje

Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób i instytucji (np. rodziny, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej) : **TAK** **NIE**

Jeżeli tak, to kto udziela pomocy ?

Rodzaj pomocy (finansowa, żywnościowa, dodatek mieszkaniowy, dodatek energetyczny usługowa, rzeczowa, itp)

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis beneficjenta)