Data wpływu:
Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ We własnym imieniu ☐ Jako rodzic ☐ Jako opiekun prawny ☐ Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego 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
Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentów potwierdzających ustanowienie Wnioskodawcy opiekunem prawnym Podopiecznego lub kopię pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania Mocodawcy.	

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Wartość**
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐mężczyzna ☐kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	**Wartość**
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Nazwa pola	**Wartość**
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO	
Nazwa pola	**Wartość**
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	**Wartość**
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:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

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

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:
☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

.....

w tym liczba osób niepełnosprawnych:

.....

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:
☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinan-sowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU	
Nazwa pola	**Wartość**
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER	
Nazwa pola	**Wartość**
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
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:	…….. ☐ + kuchnia, ☐ + łazienka, ☐ + wc
Łazienka jest wyposażona w:	☐ wannę, ☐ brodzik, ☐ kabinę prysznicową, ☐ umywalkę
W mieszkaniu jest:	☐ instalacja wody zimnej, ☐ ciepłej, ☐ kanalizacja, ☐ centralne ogrzewanie, ☐ prąd, ☐ gaz

Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

SYTUACJA ZAWODOWA

☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
☐ Bezrobotny poszukujący pracy
☐ Rencista poszukujący pracy
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ Dzieci i młodzież do lat 18
☐ Inne / jakie?

.....

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Przepisy wprowadzające 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.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.
Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:
1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

Załącznik 1
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych

...., dnia.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mrągowie o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ***likwidacji barier architektonicznych***

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

II. Przyczyna niepełnosprawności (proszę zakreślić właściwe pole ☐):
- ☐ upośledzenie umysłowe,
- ☐ choroby psychiczne,
- ☐ zaburzenia głosu, mowy,
- ☐ choroby słuchu,
- ☐ choroby narządu wzroku,
- ☐ choroby narządu ruchu:
  * ☐ z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
  * ☐ bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim,
- ☐ epilepsja,
- ☐ choroby układu oddechowego i krążenia,
- ☐ choroby układu pokarmowego,
- ☐ choroby układu moczowo-płciowego,
- ☐ choroby neurologiczne,
- ☐ inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe.

III. Opis niepełnosprawności, **w przypadku gdy niepełnosprawność związana jest z trudnościami w poruszaniu się** (proszę zakreślić właściwe pole ☐):
- ☐ osoba leżąca wymagająca opieki innych osób,
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim,
- ☐ osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.,
- ☐ osoba z dysfunkcją kończyn (proszę wskazać, których kończyn dotyczą dysfunkcje oraz scharakteryzować te dysfunkcje)

.....

.....

.....

- ☐ osoba po amputacji:
  * ☐ kończyn górnych,
  * ☐ kończyn dolnych,

- ☐ osoba zaopatrzona w protezy:
  * ☐ kończyn górnych,
  * ☐ kończyn dolnych,

- ☐ osoba z dysfunkcją narządu wzroku:
  * ☐ niedowidząca,
  * ☐ niewidoma,
- ☐ inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie): .....

.....

.....

.....

IV. W jaki sposób wnioskowane urządzenia, sprzęt, itp., umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem z uwagi na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

V. Uwagi dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

....
(data, miejscowość) (pieczątka i podpis lekarza)

UWAGA:
Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym
§ 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz 926 z późn. zm.) stanowi, że:
O dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier architektonicznych, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się.

Załącznik nr 2
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych

....
(imię i nazwisko wnioskodawcy) (miejscowość i data)

Oświadczenie

na wyrażenie zgody Właściciela/Współwłaściciela budynku/mieszkania na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach złożonego wniosku odnośnie likwidacji barier architektonicznych.

Ja ..... niżej podpisana/y
(imię i nazwisko Właściciela/Współwłaściciela)

Zamieszkała/y .....

Nr PESEL ..... ,

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych dla osoby

niepełnosprawnej .....
(imię i nazwisko)

będącej w stosunku do mnie .....
(stopień pokrewieństwa)

Stale zamieszkałej .....

Numer PESEL ..... .

Oświadczam ponadto, iż wyrażam zgodę na dożywotnie korzystanie z przystosowanych pomieszczeń przez w/w osoby niepełnosprawną.

---

1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mrągowie, w celach związanych z realizacją wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 573 ze zm.);
2) Oświadczam, że uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1977 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022r., poz. 1138 ze zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.
3) Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie danych w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

.....
(podpis osoby wyrażającej zgodę)

Załącznik nr 3
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych

....
(imię i nazwisko wnioskodawcy) (miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE
o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności *(t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1191 ze zm.),* zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu *stałego / miejscem pobytu stałego dziecka / miejscem pobytu stałego osoby*, w imieniu której składam wniosek jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Pod wyżej wymienionym adresem *było (podać rok) …… / nie było*[1] realizowane dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych.

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 ze zm.) – *kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na postawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat* – potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(czytelny podpis)

[1] Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych

Kartę przedmiotu dofinansowania dot. dostosowania lub utworzenia pomieszczenia łazienki

Przedmiot dofinansowania (materiały, urządzenia)	**Zaznaczyć (X)**	**Ilość sztuk lub m^2**	**Cena z VAT**	**Uwagi wnioskodawcy**
Umywalka podwieszana, bez szafki, syfon, zalecana szerokość min 60 cm (do 400 zł)				
Bateria umywalkowa (do 250 zł)				
Misa ustępowa (do 1100 zł)				
Wspornik kotary wraz z kotarą (do 250 zł)				
Odpływ liniowy/kratka ściekowa (do 500 zł)				
Niski brodzik max 3 cm (do 800 zł)				
Kabina prysznicowa (do 1200 zł)				
Ściana prysznicowa (do 600 zł)				
Drzwi wewnętrzne łazienkowe z ościeżnicą i klamką o wymiarach w świetle 80-90 cm (do 1000 zł)				
Poręcz uchylna montowana do ściany (do 450 zł)				
Poręcz kątowa 90 stopni montowana do ściany (do 250 zł)				
Uchwyty inne (do 250 zł)				

Krzesełko prysznicowe montowane do ściany (do 1000 zł)				
Krzesełko prysznicowe wolnostojące (do 400 zł)				
Bateria prysznicowa (do 400 zł)				
Okładzina ścienna z płytek ceramicznych, wyłącznie w miejscach sanitarnych, tj.: powierzchnia kąpielowa, umywalkowa (max do 6 m^2, nie więcej jednak niż 80 zł/m^2)				
Płytki podłogowe klasa minimum R10 do R13 (do 120 zł/m^2)				
Fuga, klej (50 zł/m^2)				
Obniżenie/podwyższenie gniazd elektrycznych, łączników światła i innych (100 zł za punkt)				
Usługa, w tym budowlana, hydrauliczna, elektryczna i inne do 100% wartości cen materiałów				
SUMA				

.....
(podpis Wnioskodawcy)