|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | POWIAT: ……........................................................................... |  | Załącznik nr 2 do umowy nr ……  |
|  |  |  | z dnia ….................... |
|  | Sprawozdanie z przeprowadzonych kontroli w ramach programu „Samodzielność-Aktywność-Mobilność!" - Dostępne mieszkanie (umowy zawarte w 202.... roku*)* |
|  | Liczba umów dofinansowania, zawartych w 202... roku: |   |
|  |
|  | Liczba umów dofinansowania, objętych kontrolą (umowy zawarte w 202.... roku):  |   |
|  |
|  |  |  |  |  |
| I | Informacje uzyskane w trakcie kontroli | LICZBA UMÓW |
| 1 | Czy Beneficjent mieszka pod wskazanym adresem (mieszkanie, którego zakup/zamianę dofinansowano w ramach programu) | TAK | NIE |  |
|   |   |   |
| 2 | W budynku jest winda lub mieszkanie jest na parterze |   |   |   |
| 3 | Wejście do budynku (poziom zero) jest dostępne architektonicznie  |   |   |   |
| 4 | Inne podane przez Beneficjenta informacje w załączniku nr 2 do umowy są zgodne ze stanem faktycznym.  |   |   |  |
| II | Odpowiedzi Beneficjenta (lub osoby, która go reprezentuje):  | TAK | NIE | CZĘŚCIOWO |
| 1 | Czy mieszkanie jest pozbawione barier architektonicznych dla Beneficjenta - ocena Beneficjenta |   |   |   |
| 2 | Czy po udzieleniu i zrealizowaniu dofinansowania nastąpiła poprawa sytuacji zawodowej Beneficjenta ? |   |   |   |
| 3 | Czy fakt zmiany mieszkania ma lub będzie miał znaczenie dla poprawy sytuacji Beneficjenta w życiu codziennym? |   |   |   |
| 4 | Czy Beneficjent jest zatrudniony (w rozumieniu programu)? |   |   |  |
| 5 | Czy Beneficjent poszukuje pracy? |   |   |  |
| 6 | Czy Beneficjent pobiera naukę (na dowolnym poziomie)? |   |   |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Liczba umów dofinansowania, objętych działaniami zmierzającymi do zwrotu udzielonego dofinansowania (umowy wypowiedziane): |   |
|  |
|  | Kwota ogółem do zwrotu (w zł): |   |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  | Liczba umów, w ramach których w wyniku działań kontrolnych, Beneficjenci zwrócili przyznane środki PFRON: |   |
|  |
|  | Kwota zwrócona przez Beneficjentów w wyniku działań kontrolnych (w zł): |   |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  | Należy wypełnić wszystkie pola, ewentualnie wpisać ”nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą.  |
|  | Uwagi POWIATU: |  |  |  |
|  | sporządził:........................................................... | Tel. kontaktowy: .................................................. |