|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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: .................................................. | | |