Nazwa POWIATU

Załącznik nr 1

do umowy nr: z dnia

# **Zapotrzebowanie na środki finansowe przyznane w ramach umowyprogram „Samodzielność – Aktywność – Mobilność!” – Mieszkanie dla absolwenta**

| **Przeznaczenie środków:** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| --- | --- |
| **1) udzielanie dofinansowań (nowe wnioski o dofinansowanie)** |  |
| **2) kontynuowanie dofinansowania, umowy zawarte (25-42 miesiąc wsparcia)** |  |
| **3) kontynuowanie dofinansowania, umowy zawarte (43-60 miesiąc wsparcia)**  |  |
| **4) obsługa programu (maksymalnie do 5%)** |  |
| **Razem**  |  |

W przypadku, gdy POWIAT występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego, należy powielić ww. tabelę i informacje, obejmujące realizację programu na terenie samorządu powiatowego, który nie przystąpił do realizacji programu.

(należy uzupełnić)

Miejscowość, data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji POWIATU i zaciągania zobowiązań finansowych

**Informacja o stanie realizacji programu**

**„Samodzielność – Aktywność – Mobilność!” – Mieszkanie dla absolwenta
w 202 roku na terenie POWIATU:** (uzupełnić)

* + 1. **Liczba umów dofinansowania:**

| Liczba umów dofinansowania, zawartych w 202 roku: |   |
| --- | --- |
|
| **Łączna liczba umów dofinansowania**(umowy zawarte w latach 202 – 202 roku): |   |
|

* + 1. **Stopień wykorzystania przyznanej kwoty na realizację programu** (także narastająco w zł):

| **Przeznaczenie środków** | **Łącznie** |
| --- | --- |
| 1. **wypłaty w 202 roku (w zł) – ŁĄCZNIE, w tym~~:~~**
 |  |
| za okres 1-24 miesiąca wsparcia |  |
| za okres 25-42 miesiąca wsparcia |  |
| za okres 43-60 miesiąca wsparcia |  |
| 1. **wypłaty narastająco - 2022-202 (w zł) – ŁĄCZNIE, w tym:**
 |  |
| za okres 1-24 miesiąca wsparcia |  |
| za okres 25-42 miesiąca wsparcia |  |
| za okres 43-60 miesiąca wsparcia |  |
| 1. **kwota zobowiązań wynikających z zawartych umów (kontynuowanie umów dofinansowania) (w zł)ŁĄCZNIE:**
 |  |
| 1. **obsługa programu w 202 roku (w zł)**
 |  |
| 1. **obsługa programu narastająco 2022-202 (w zł)**
 |  |
| 1. **Kwota do zwrotu za rok 202 (w zł) ŁĄCZNIE:**
 |  |

* + 1. **Ewentualne uwagi POWIATU, związane z realizacją programu:**
		2. **Załączono:** dowody dokonania przelewu środków finansowych na rachunek bankowy PFRON, dotyczącego zwrotu środków PFRON, w tym zgromadzonych odsetek lub środków niewykorzystanych (o ile dotyczy):  tak  nie
		3. **Oświadczenia POWIATU:**
		4. wszystkie wnioski o dofinansowanie aktualnie złożone w ramach otwartego NABORU,
		są zarejestrowane w SOW:  tak  nie
		5. dokumenty finansowe stanowiące podstawę rozliczenia dofinansowania ze środków PFRON zostały sprawdzone pod względem merytorycznym, rachunkowym, formalnoprawnym;
		6. środki PFRON przeznaczone na obsługę programu zostały wydatkowane zgodnie z przeznaczeniem;

wydatki w ramach środków, o których mowa w punkcie 3, stanowią faktycznie poniesione przez POWIAT koszty, związane z realizacją programu.

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Osoba wskazana do kontaktu w sprawie ww. informacji: tel. kontaktowy: , e-mail: .

Miejscowość, data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji POWIATU i zaciągania zobowiązań finansowych.