Nazwa POWIATU

Załącznik nr 1

do umowy nr: .............. z dnia ....................

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Przeznaczenie środków:** | **Kwota wnioskowana  (w zł)** |
| **1) udzielanie dofinansowań (nowe wnioski o dofinansowanie)** |  |
| **2) kontynuowanie dofinansowania, umowy zawarte (13-24 miesiąc wsparcia)** |  |
| **3) kontynuowanie dofinansowania, umowy zawarte (25-36 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 lub informacje, obejmujące realizację programu na terenie samorządu powiatowego, który nie przystąpił do realizacji programu.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

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:...............................................................**

* + 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 1-12 miesiąca wsparcia** |  |
| **za okres 13-24 miesiąca wsparcia** |  |
| **za okres 25-36 miesiąca wsparcia** |  |
| **2) wypłaty narastająco - 2022-202….. (w zł) – ŁĄCZNIE, w tym:** |  |
| **za okres 1-12 miesiąca wsparcia** |  |
| **za okres 13-24 miesiąca wsparcia** |  |
| **za okres 25-36 miesiąca wsparcia** |  |
| **3) obsługa programu w 202 ….. roku (w zł)** |  |
| **4) obsługa programu narastająco 2022-202… (w zł)** |  |

1. **Ewentualne uwagi POWIATU, związane z realizacją programu:**
2. **Załączono:** dowody dokonania przelewu środków finansowych na rachunek bankowy PFRON, dotyczącego ewentualnego zwrotu środków PFRON, w tym zgromadzonych odsetek lub środków niewykorzystanych (o ile dotyczy):  tak  nie

#### **Oświadczenia POWIATU:**

* + 1. wszystkie wnioski o dofinansowanie aktualnie złożone w ramach otwartego NABORU,   
       są zarejestrowane w SOW:  tak  nie
    2. dokumenty finansowe stanowiące podstawę rozliczenia dofinansowania ze środków PFRON zostały sprawdzone pod względem merytorycznym, rachunkowym, formalnoprawnym;
    3. 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 |