



Załącznik nr 5 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Pełna moc - placówka opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych”

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU STATUSU OSOBY ZAGROŻONEJ UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM

Ja, niżej podpisany/a.....

PESEL:

zamieszkały/a:

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikające z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajanie prawdy

oświadczam,

iż jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, która może zostać objęta wsparciem w Projekcie tj. **/zaznaczyć właściwe/:**

- osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą lub należącą do rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;
- osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
- osobą z niepełnosprawnością, w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;
- członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, w którym co najmniej jedna osoba nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- osobą niesamodzielną;
- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań;
- osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego;
- osobą korzystającą z PO PŻ.



Oświadczam, iż jestem osobą niesamodzielną i posiadam:

- trudności w codziennym życiu, w tym trudności z samodzielnym posiłkiem, dbałością o higienę, prowadzeniem gospodarstwa domowego, wykonywaniem zakupów, sprawami urzędowymi i w placówkach służby zdrowia;
- chorobę i stan zdrowia wpływający na codzienne funkcjonowanie;
- niepełnosprawność;
- złą sytuację materialną (dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie);
- poczucie osamotnienia;
- niekorzystne stany emocjonalne (frustracja, brak poczucia przydatności społecznej, brak poczucia perspektyw, lęk przed przyszłością);
- trudności w organizacji czasu wolnego lub brak możliwości jego wykorzystania według upodobań (m.in. nienależenie do Klubu Seniora lub innej formy zorganizowanej);
- tendencję do wycofywania się ze spraw innych ludzi i ograniczenie różnych życiowych planów;
- problemy w relacjach z rodziną.

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis