*Załącznik nr 3*

 *do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

***OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI***

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE** |
| Imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Płeć: | Kobieta [ ]  Mężczyzna [ ]  |
| Numer PESEL: |  |
| Miejsce urodzenia: |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu: |  |
| **DANE TELEADRESOWE** |
| **Miejsce zamieszkania:** |
| Ulica: |  |
| Numer domu: |  |
| Numer lokalu: |  |
| Nazwa miejscowości: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Województwo: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| **STATUS UCZESTNIKA*****(Proszę postawić krzyżyk (X) przy wybranych odpowiedziach.)*** |
| Osoba bezrobotna1 |  |
| Osoba niepracująca |  |
| Osoba pracująca2: |  |
| Osoba pracująca w administracji rządowej |  |
| Osoba pracująca w administracji samorządowej |  |
| Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |  |
| Osoba pracująca w MiŚP (małym i średnim przedsiębiorstwie) |  |
| Osoba pracująca w organizacji pozarządowej |  |
| Osoba prowadząca działalność gospodarczą |  |
| Wykształcenie – brak formalnego wykształcenia |  |
| Wykształcenie podstawowe |  |
| Wykształcenie gimnazjalne |  |
| Wykształcenie ponadgimnazjalne |  |
| Wykształcenie policealne |  |
| Wykształcenie wyższe |  |
| **DODATKOWE INFORMACJE(DANE WRAŻLIWE)*****(Proszę postawić krzyżyk (X) przy wybranych odpowiedziach.)*** |
| Osoba z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, w tym osoba z zaburzeniami psychicznymi o których mowa w ustawie z dn. 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi | TAK 🞎NIE 🞎🞎 Odmowa podania informacji |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK 🞎NIE 🞎🞎 Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK 🞎NIE 🞎🞎 Odmowa podania informacji |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, | TAK 🞎NIE 🞎 |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | TAK 🞎NIE 🞎 |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | TAK 🞎NIE 🞎 |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) wymienionej w art. 7 ustawy o pomocy społecznej z 12.03.2004r.  | TAK 🞎NIE 🞎🞎 Odmowa podania informacji |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE*(Proszę postawić krzyżyk (X) przy wybranych odpowiedziach.)*** | **Tak** | **Nie** |
| Zamieszkuję na terenie Miasta Dęblin. |  |  |
| Nie jestem uczestnikiem innego projektu realizowanego w ramach Poddziałania 11.2 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 |  |  |
| Jestem osobą starszą ( pow. 60 roku życia) |  |  |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością w stopniu: |  |  |
| Lekkim ( w orzecznictwie ZUS: częściowa niezdolność do pracy) |  |  |
| umiarkowanym (w orzecznictwie ZUS: całkowita niezdolność do pracy) |  |  |
| Znacznym (w orzecznictwie ZUS: całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji) |  |  |
| Jestem osobą niesamodzielną |  |  |
| Jestem osobą wykluczoną społecznie lub zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym, tj. korzystam ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej lub kwalifikuje się do objęcia wsparciem z pomocy społecznej, tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej. |  |  |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdz. 3 pkt 11 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020 |  |  |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym: |  |  |
| - osobą z niepełnosprawnością intelektualną |  |  |
| - osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi |  |  |
| Korzystam ze wsparcia z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020. |  |  |
| Mój dochód 4 na osobę w rodzinie wynosi: |  |  |
| Osoba samotna: |  |  |
| do 701,00 zł |  |  |
| do 1051,50 zł |  |  |
| do 1402,00 zł |  |  |
| powyżej 1402,01 zł |  |  |
| Gospodarstwo wieloosobowe: |  |  |
| do 528,00 zł na osobę w rodzinie |  |  |
| do 792,00 zł na osobę w rodzinie |  |  |
| do 1056,00 zł na osobę w rodzinie |  |  |
| powyżej 1056,01 zł na osobę w rodzinie |  |  |

........................................................... ............................................................

MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS

 …………………………………………..

 PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO3

1 *Osoba bezrobotna –osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne.*

2 *Osoba pracująca -osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie.*

*3 Dotyczy osób ubezwłasnowolnionych sądowo.*

*4Dochód – wszystkie dochody osoby lub rodziny (wynagrodzenie, emerytura lub renta, dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny, ekwiwalent za węgiel, alimenty, dodatek mieszkaniowy, ryczałt energetyczny)*