**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI**

**W ZAKRESIE SPEŁNIENIA KRYTERIÓW REKRUTACYJNYCH  
w projekcie** **„****USŁUGI OPIEKUŃCZE PREMIUM”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe (drukowane litery)** | | | |
| **Imię/Imiona** | |  | |
| **Nazwisko** | |  | |
| **PESEL** | |  | |
| **Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia** | | | |
| Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności) | | 🞏 TAK 🞏 NIE  …………………………………..…………..  **Podpis kandydata/ki do projektu\*** | |
| Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (tj. na osobę samotnie gospodarującą – 776,00 lub na osobę w rodzinie – 600,00 zł), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej | | 🞏 TAK 🞏 NIE  …………………………………..…………..  **Podpis kandydata/ki do projektu\*** | |
| Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli tak, należy przedstawić orzeczenie | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną | | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli tak, należy przedstawić orzeczenie | |
| Jestem osobą z chorobą psychiczną | | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli tak, należy przedstawić stosowny dokument | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną | | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli tak, należy przedstawić stosowny dokument | |
| Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| Jestem osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 | | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| Jestem osobą zamieszkującą samotnie | | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| Jestem osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością | | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| Jestem kobietą | | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| Jestem osobą w wieku powyżej 60 lat | | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| Jestem osobą po leczeniu szpitalnym (do 3 miesięcy po opuszczeniu szpitala) | | 🞏 TAK 🞏 NIE | |

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

…………............…………… ……………….……....………………………………… Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata/ki do projektu\*

\*W przypadku gdy Podopieczny nie może samodzielnie podpisać dokumentu lub kontakt z nim jest ograniczony ustaleń dokonuje się z Opiekunem i Opiekun podpisuje oświadczenie.