Załącznik nr 3
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie pt.: „CUS dla społeczności lokalnej Gminy Pińczów"

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(imię i nazwisko Kandydata/-ki)

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJACEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO PROJEKTU
pt.: ,,CUS dla społeczności lokalnej Gminy Pińczów"
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027
Priorytet 9 Usługi społeczne i zdrowotne
Działanie 09.04 Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych -Centra Usług Społecznych

(zaznaczyć „x" w właściwych „☐")

Oświadczam, że spełniam kryteria dostępu do projektu:

- zamieszkuję i/lub uczę się i/lub pracuje na terenie Gminy Pińczów (województwo świętokrzyskie)
- potrzebuję wsparcia w ramach Centrum Usług Społecznych
- przystępując do projektu nie otrzymuję jednocześnie wsparcia ze środków EFS + w innym projekcie z zakresu usług społecznych , a działanie i wsparcie realizowane w projekcie nie jest finansowane z innych środków publicznych

Oświadczam również, że spełniam następujące kryteria dodatkowe uprawniające mnie do udziału w projekcie (zaznaczyć „x" w właściwych „☐"):

☐ jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
☐ jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną
☐ jestem osobą z choroba psychiczną
☐ jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną,
☐ jestem osoba z niepełnosprawnością inna niż wyżej wymienione
☐ jestem osobą z stwierdzonymi całościowymi zaburzeniami rozwojowymi,
☐ jestem osobą korzystająca z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa 2021-2027
☐ jestem osoba zamieszkująca samotnie,
☐ jestem osobą w kryzysie bezdomności,
☐ jestem dzieckiem wychowywanym poza rodziną biologiczną,
☐ jestem osoba w trudnej sytuacji, w tym doświadczającą ubóstwa, wykluczenia społecznego lub dyskryminacji lub zagrożoną wystąpieniem tych zjawisk,
☐ jestem osobą z rodziny doświadczającej problemów opiekuńczo-wychowawczych,
☐ jestem osobą z utrudnionym dostępem do usług w obszarze zdrowia
☐ jestem osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
☐ jestem osobą starszą w wieku 60 i więcej lat *;

Niniejszym oświadczam, że podane informacje sa zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadoma/y konsekwencji prawnych wynikających z podania informacji niezgodnych z prawdą.

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
miejscowość, data

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
czytelny podpis Kandydata/-ki i/lub jego/jej Opiekuna /ki

*****Wypełnia Realizator:

Potwierdzono zgodność oświadczenia ze stanem faktycznym okazanym przez Kandydata/-kę dokumentem .

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
podpis przedstawiciela Realizatora