Fundusze Europejskie Program Regionalny | Województwo Kujawsko-Pomorskie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

…… dn. ……...

……..…
Imię i nazwisko Kandydatki/kandydata

……..

……..
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE
O KORZYSTANIU Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014 – 2020
„ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE BRZEŚĆ KUJAWSKI"
Nr projektu: RPKP.09.03.02-04-0025/20
(KRYTERIUM DODATKOWE)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że korzystam/nie korzystam* z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia, nie powiela działań, które otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.*

*Niepotrzebne skreślić**

……..……
podpis kandydatki/kandydata lub opiekuna prawnego

Fundusze Europejskie Program Regionalny | Województwo Kujawsko-Pomorskie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZANIU WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO W RAMACH PROJEKTU „ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE BRZEŚĆ KUJAWSKI" Nr projektu: RPKP.09.03.02-04-0025/20 (KRYTERIUM DODATKOWE)

Oświadczam, że Pan/Pani .....….....

zam. …….....…

jest osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego czyli wykluczenia z powodu więcej niż jedną z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z powodu (zaznaczyć właściwe)*:

□ osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej,

- szczególnie z powodu bezrobocia i ubóstwa □ tak □ nie

□ osobą, o której 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 oraz rodziny przeżywające 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 środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;

□ osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;

□ osobą niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;

□ członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;

□ osobą niesamodzielną;

□ osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

□ osobą odbywającą karę pozbawienia wolności;

□ osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Brześć Kujawski, dn. …….....2021 r.

……..……
podpis kandydatki/kandydata lub opiekuna prawnego

Potwierdzam / nie potwierdzam*

……..
(data, pieczątka i podpis pracownika socjalnego)

* zaznaczyć właściwe

Fundusze Europejskie Program Regionalny | Województwo Kujawsko-Pomorskie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

…… dn. ……...

……..…
Imię i nazwisko Kandydatki/kandydata

……..

……..
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE KANDYDATA / KANDYDATKI DO PROJEKTU „ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE BRZEŚĆ KUJAWSKI" Nr projektu: RPKP.09.03.02-04-0025/20 O ZAMIESZKIWANIU NA TERENIE OBJĘTYM REWITALIZACJĄ (KRYTERIUM DODATKOWE)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że zamieszkuję / nie zamieszkuję* na obszarach objętych programem rewitalizacji uwzględnionych w wykazie programów rewitalizacji prowadzonym przez IZ RPO zgodnie z wytycznymi w zakresie rewitalizacji w programie operacyjnych na lata 2014- 2020.

*Niepotrzebne skreślić**

……..……
podpis kandydatki/kandydata lub opiekuna prawnego