

OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY WYKLUCZONEJ LUB ZAGROŻONEJ UBÓSTWEM I WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM W RAMACH PROJEKTU

Kompleksowy system usług społecznych w Powiecie Włodawskim

1. **Jestem/nie jestem** osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym: zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz.1508)*
2. **Jestem/nie jestem** osobą z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 511). a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2017 poz. 882)*
3. **Jestem/nie jestem** osobą niesamodzielną, o której mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 (osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)*
4. **Jestem/nie jestem** osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*
5. **Jestem/nie jestem** osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi*
6. **Jestem/nie jestem** osobą korzystającą ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)*
7. **Jestem/nie jestem** osobą z niepełnosprawnościami lub osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*

***niepotrzebne skreślić**

.....

Miejscowość

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu