



**Załącznik nr 1- Oświadczenia**

**OŚWIADCZENIA**

Łysomice, .....

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y, .....  
oświadczam, że:

**TAK / NIE**

- /  posiadam status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;
- /  jestem osobą niepracującą;
- /  jestem osobą zarejestrowaną w Urzędzie Pracy;
- /  zamieszkuję na obszarze zdegradowanym wyznaczonym w lokalnym programie rewitalizacji lub gminnym programie rewitalizacji;
- /  jestem osobą pełnoletnią
- /  jestem osobą samotnie wychowującą dziecko
- /  zamieszkuję na obszarze LSR LGD Ziemia Gotyku ;

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....  
(Czytelny podpis Uczestnika)



1 Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym – osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Za otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym uznaje się osoby, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu

.....

Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane także przez jej rodzica/ opiekuna prawnego.

**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU OBJĘTEGO GRANTEM  
OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE W RAMACH EFS**

**I. Dane Grantobiorcy**

<b>Tytuł projektu grantowego LGD:</b>	„Lokalne Ośrodki Włączenia Społecznego Ziemi Gotyku”			
<b>Nr projektu objętego grantem:</b>				
<b>Nazwa Grantobiorcy:</b>				
<b>Okres realizacji projektu objętego grantem:</b>	<b>Od:</b>	<input type="text"/>	<b>Do:</b>	<input type="text"/>

**II. Dane uczestnika – indywidualni i pracownicy instytucji/podmiotów**

<b>1. Dane uczestnika:</b>		
<b>Rodzaj uczestnika:</b>	<input type="checkbox"/> Indywidualny <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu <sup>3</sup>	
<b>Nazwa instytucji/podmiotu<sup>4</sup>:</b>		
<b>Imię (imiona):</b>		
<b>Nazwisko:</b>		
<b>Obywatelstwo (kraj):</b>		
<b>PESEL:</b>	<input type="text"/>	Brak nr PESEL <input type="checkbox"/>
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu:</b>		
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>Wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Niższe niż podstawowe</b> (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	

<sup>2</sup> Dotyczy osoby fizycznej, przystępującej do Projektu z własnej inicjatywy.

<sup>3</sup> W przypadku gdy wsparcie realizowane na rzecz danej instytucji/podmiotu obejmuje również jej pracowników (w przypadku organizacji pozarządowych również członków zarządu i wolontariuszy) lub gdy osoba została oddelegowana/wskazana do udziału w Projekcie przez daną instytucję/podmiot. Zaznaczając tę opcję należy również wypełnić tabelę nr II poświęconą danym instytucji/podmiotu.

<sup>4</sup> Nie dotyczy uczestnika indywidualnego.

		<input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)	
		<input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone po zakończeniu edukacji na poziomie ponadgimnazjalnym, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	
		<input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)	
<b>2. Dane kontaktowe:</b>			
<b>Województwo:</b>			
<b>Powiat:</b>			
<b>Gmina:</b>			
<b>Miejscowość:</b>			
<b>Ulica:</b>			
<b>Nr budynku:</b>		<b>Nr lokalu:</b> (nie dotyczy <input type="checkbox"/> )	
<b>Kod pocztowy:</b>			
<b>Telefon kontaktowy:</b>			
<b>Adres e-mail:</b>			
<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:</b>		<input type="checkbox"/> <b>osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym zakwalifikowana do:</b>	
		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	
		<b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna	
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo		<b>w tym:</b>	
		<input type="checkbox"/> osoba ucząca się	
		<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu/szkoleniu	
		<input type="checkbox"/> inne	

	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w przedsiębiorstwie społecznym <input type="checkbox"/> w MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> inne
	<b>Wykonywany zawód:</b>		
<b>Nazwa podmiotu, w którym osoba jest zatrudniona:</b>			
<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) np. uzależniona od alkoholu, uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających, zwolniona z zakładu karnego, chora psychicznie w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art. 7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

### III. Przynależność uczestnika do grupy docelowej

Osoby zagrożone ubóstwem lub	GRUPA DOCELOWA	TAK
	a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj.	

<sup>5</sup> Duże przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo zatrudniające powyżej 249 pracowników

<b>wykluczeniem społecznym</b>	spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;	
	b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	<input type="checkbox"/>
	c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające 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;	<input type="checkbox"/>
	d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969);	<input type="checkbox"/>
	e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.);	<input type="checkbox"/>
	f) osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;	<input type="checkbox"/>
	g) członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;	<input type="checkbox"/>
	h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;	<input type="checkbox"/>
	i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;	<input type="checkbox"/>
	j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego;	<input type="checkbox"/>
	k) osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.	<input type="checkbox"/>
<b>Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym</b>	a) osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;	<input type="checkbox"/>
	b) osoby, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;	<input type="checkbox"/>
	c) osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą lub kandydaci do sprawowania rodzinnej pieczy zastępczej;	<input type="checkbox"/>
	d) osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego.	<input type="checkbox"/>

**IV. Zestawienie dokumentów potwierdzających przynależność uczestnika projektu do grupy docelowej:**

Załączam dokumenty		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Lp.	Nazwa dokumentu	Nr dokumentu	Data dokumentu
1			
2			
3			
4			

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu<sup>6</sup>

Zgłoszenie specjalnych potrzeb uczestnika projektu (np. dieta wegetariańska, tłumacz języka migowego, podjazd dla osób z niepełnosprawnością, itp.):

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

<sup>6</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

