**OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZANIU WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO**

**W RAMACH PROJKETU**

**„Klub Seniora przy parafii Św. Maksymiliana Kolbe”**

Oświadczam, że j estem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego czyli wykluczenia z powodu więcej niż jeden z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[1]](#footnote-1) 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 członkiem rodziny przeżywającej 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 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 2014 r. poz. 382);

**□ osobą** przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii,   
o których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz.2572 z późn. zm.);

**□ osobą** z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721,   
z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz.ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego(Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późń. zm.);

**□ członkiem** rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;

**□ osobą** zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);

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

Grudziądz,…………………………. ……………….………………………………   
Czytelny podpis kandydata/ki

**OŚWIADCZENIE O KRYTERIUM DOCHODOWYM**

**W RAMACH PROJKETU**

**„Dom Dziennego Pobytu bezpieczną przystanią dla osób niesamodzielnych z terenu Grudziądza”**

Oświadczam, że jestem 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.

Grudziądz,…………………………. ……………….………………………………   
Czytelny podpis kandydata/ki

\*Dochód nie przekracza 951 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 634zł.

Dochód nie przekracza 771 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 514 zł (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie)

1. 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 (rozdział 3 pkt 13) [↑](#footnote-ref-1)