



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Poniższy formularz został stworzony w celu zebrania Państwa danych osobowych dla potrzeb zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu „**Utworzenie Ośrodka Wsparcia Dziennego- Klubu Seniora w Gminie Opatowiec**”

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „Utworzenie Ośrodka Wsparcia Dziennego- Klubu Seniora w Gminie Opatowiec” realizowanego od 01.07.2021r. do 30.06.2023r.

Zaleca się wypełnienie formularza wraz z załącznikami długopisem w kolorze niebieskim drukowanymi literami

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU	
Imię (imiona) i nazwisko	
nr PESEL uczestnika	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)	
ADRES ZAMIESZKANIA – W RAMACH PROJEKTU UCZESTNIK MUSI BYĆ ZAMIESZKAŁY/-A W ROZUMIENIU PRZEPISÓW KODEKSU CYWILNEGO OBSZAR WIEJSKI GMINY OPATOWIEC, POWIAT KAZIMIERSKI, WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE.	
Ulica Nr domu/lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy, poczta	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon kontaktowy	
E-mail uczestnika	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe



	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
<b>Zaznacz odpowiedzi na poniższe pytania</b>	
Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
Czy jesteś osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
<b>Badanie specjalnych potrzeb uczestników</b>	
Prosimy o wskazanie specjalnych potrzeb np. żywieniowych (alergie, itp.)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK  ..... ..... .....
Prosimy o wskazanie specjalnych potrzeb zakresie dowozu do Klubu Seniora w Kocinie np. dostosowania busa do przewozu osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK  ..... .....

<b>STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>	
<b>1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
W tym osoba długotrwale bezrobotna	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>



<b>2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pacy</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
W tym osoba długotrwale bezrobotna	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
<b>3. Osoba bierna zawodowo</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> W tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> W tym emeryt, rencista <input type="checkbox"/> Inne	
<b>4. Osoba pracująca</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
<b>W tym</b> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własną rękę <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne	
<b>Wykonywany zawód</b> <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik	
<b>Zatrudniony/a w (miejsce zatrudnienia):</b> .....	

Podane dane będą przetwarzane zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.



w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że niniejsze dane podane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu**

Załączniki:

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie
2. Oświadczenie uczestnika projektu o przetwarzaniu jego danych osobowych
3. Oświadczenie - Kryteria uczestnictwa w projekcie – Klub seniora
4. Oświadczenie - Kryteria uczestnictwa w projekcie – Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania



Załącznik nr 1  
Do formularza zgłoszeniowego

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

.....  
Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

- deklaruje swój udział w projekcie „**Utworzenie Ośrodka Wsparcia dziennego Klubu Seniora w Gminie Opatowiec**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020). Oś Priorytetowa IX. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych
- zostałem/am poinformowany/a/ o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- **oświadczam, że w momencie przystąpienia do projektu nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach EFS**
- spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie,
- zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. Utworzenie Ośrodka Wsparcia Dziennego – Klubu Seniora w Gminie Opatowiec (wniosek o dofinansowanie nr RPSW.09.02.01-26-0017/20) oraz Regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie i akceptuję ich warunki,
- zostałem/am pouczoney/a o odpowiedzialności z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
Miejscowość i data

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu**

\* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 2  
Do formularza zgłoszeniowego

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Utworzenie Ośrodka Wsparcia Dziennego – Klubu Seniora w Gminie Opatowiec** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWS), w szczególności:
  - a) udzielenia wsparcia,
  - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
  - c) monitoringu,
  - d) ewaluacji,
  - e) kontroli,
  - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
  - g) sprawozdawczości,
  - h) rozliczenia projektu,
  - i) odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania, w tym w postępowaniu administracyjnym zmierzającym do wydania decyzji określającej kwoty dofinansowania do zwrotu;
  - j) odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania, w tym w postępowaniu administracyjnym zmierzającym do wydania decyzji określającej kwoty dofinansowania do zwrotu;
  - k) zachowania trwałości projektu,
  - l) archiwizacji.
- 3) Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek ciąży na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO ), wynikający z :
  - a) art. 125 i 126 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;



- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
- c) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
- d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
- e) art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- f) ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego;
- g) ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - **Gmina Opatowiec/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Opatowcu, Ul. Rynek 16, 28-520 Opatowiec** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – „**Utworzenie Ośrodka Wsparcia Dziennego – Klubu Seniora w Gminie Opatowiec**”  
..... (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
- 5) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) Osobie, której dane osobowe są przetwarzane przysługuje:
- prawo żądania dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii;
  - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
  - prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
  - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
- 8) Na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b i d RODO, zgodnie z którym nie jest możliwe usunięcie danych osobowych niezbędnych, w szczególności do:
- wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego,
  - celów archiwalnych w interesie publicznym,
- mając na uwadze cel i podstawę prawną przetwarzania danych w ramach RPOWŚ 2014-2020, osobie której dane są przetwarzane nie przysługuje prawo do usunięcia albo przenoszenia tych danych.
- 9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego) oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później, bez uszczerbku dla zasad regulujących



pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

.....  
*MIJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\**

\* niepotrzebne skreślić

---

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.





Załącznik nr 3

Do formularza zgłoszeniowego – OŚWIADCZENIE- KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### OŚWIADCZENIE – KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE- KLUB SENIORA

.....  
Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu

L.p.	Kryterium dostępu (prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)
1.	<p><b>Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
2.	<p><b>Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
3.	<p><b>Mój dochód/ dochód rodziny nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą. lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</b></p> <p><input type="checkbox"/> nie przekracza 150%</p> <p><input type="checkbox"/> przekracza 150%</p>
4.	<p><b>Mój dochód/ dochód rodziny nie przekracza 350% właściwego kryt. dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą. lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</b></p> <p><input type="checkbox"/> nie przekracza 350%</p> <p><input type="checkbox"/> przekracza 350%</p>
5.	<p><b>Jestem osobą lub z rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego:</b></p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><b>Jeśli TAK to proszę wymienić z czego wynika wykluczenie lub zagrożenie wykluczeniem społecznym na podstawie przesłanek z art. 7 ustawy o pomocy społecznej</b></p> <p><input type="checkbox"/> ubóstwa;</p> <p><input type="checkbox"/> sieroctwa;</p> <p><input type="checkbox"/> bezdomności;</p> <p><input type="checkbox"/> bezrobocia;</p> <p><input type="checkbox"/> niepełnosprawności;</p> <p><input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby;</p>



	<input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej
<b>6.</b>	<b>Jestem osobą lub moja rodzina korzysta z PO Pomoc Żywnościowa 2014-2020</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>7.</b>	<b>Jestem osobą niepełnosprawną:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>8.</b>	<b>Mam osoby niepełnosprawne w rodzinie:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam iż spełniam kryteria zaznaczone powyżej.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego, za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy.

.....

**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu  
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)**



Załącznik nr 4

Do formularza zgłoszeniowego – OŚWIADCZENIE- KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

**OŚWIADCZENIE – KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE  
– USŁUGI OPIEKUŃCZE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

.....  
Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu

L.p.	Kryterium dostępu (prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)
1.	<p>Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
2.	<p>Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
3.	<p>Mój dochód/ dochód rodziny nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą. lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> nie przekracza 150%</p> <p><input type="checkbox"/> przekracza 150%</p>
4.	<p>Mój dochód/ dochód rodziny nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą. lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> nie przekracza 350%</p> <p><input type="checkbox"/> przekracza 350%</p>
5.	<p>Jestem osobą lub z rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego:</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p>Jeśli TAK to proszę wymienić z czego wynika wykluczenie lub zagrożenie wykluczeniem społecznym na podstawie przesłanek z art. 7 ustawy o pomocy społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> ubóstwa;</p> <p><input type="checkbox"/> sieroctwa;</p> <p><input type="checkbox"/> bezdomności;</p> <p><input type="checkbox"/> bezrobocia;</p> <p><input type="checkbox"/> niepełnosprawności;</p>



	<input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej
<b>6.</b>	<b>Jestem osobą lub moja rodzina korzysta z PO Pomoc Żywnościowa 2014-2020</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>7.</b>	<b>Jestem osobą niepełnosprawną, posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydawane na podstawie ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>8.</b>	<b>Jestem osobą niepełnosprawną, posiadam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydawane na podstawie ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>9.</b>	<b>Jestem osobą samotnie gospodarującą</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>10.</b>	<b>Jestem osobą mieszkającą w rodzinie, której rodzina, a także wspólnie nie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą zapewnić pomocy w formie usług opiekuńczych.</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Oświadczam, iż spełniam kryteria zaznaczone powyżej.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego, za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy.

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu**  
**(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)**