**„Nie daj się wykluczeniu!”**

nr RPWM.11.01.02-28-0015/20 realizowany w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

**OŚWIADCZENIE**

Jestem osobą zagrożoną ryzykiem ubóstwa lub wykluczenia społecznego, ponieważ spełniam następującą/-ce przesłankę/-ki:

* + osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej[[1]](#footnote-1) lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
  + osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
  + osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą, rodzina przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
  + osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;
  + osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
  + osoba z niepełnosprawnością;
  + członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
  + osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
  + osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań;
  + osoba odbywająca karę pozbawienia wolności (w formie dozoru elektronicznego);
  + osoba korzystająca z PO PŻ.

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ichzgodności z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/-TKI  NA UCZESTNIKA PROJEKTU |

1. W przypadku osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej [↑](#footnote-ref-1)