



OŚWIADCZENIE OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO – OPIEKUN FAKTYCZNY

(w ramach projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” nr FEDS.09.01-IP.02-0010/23)

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a.....

(adres zamieszkania)

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że jestem (odpowiednie zaznaczyć „X”):

osobą bierną zawodowo* uczącą się,

osobą bierną zawodowo* nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu finansowanym ze środków publicznych w okresie ostatnich 4 tygodni.

* osoba bierna zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest osobą bezrobotną zarejestrowaną lub niezarejestrowaną w urzędzie pracy).

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis)



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

OŚWIADCZENIE ZAMIESZKANIA – OPIEKUN FAKTYCZNY

(w ramach projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” nr FEDS.09.01-IP.02-0010/23)

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

oświadczam, że mieszkam na terenie powiatu

pod adresem:

Świadomy/a* odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego o składaniu fałszywych zeznań oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis)



**OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY ZAGROŻONEJ UBÓSTWEM
LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM – OPIEKUN FAKTYCZNY**

*(w ramach projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem
FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” nr FEDS.09.01-IP.02-0010/23)*

Świadomy/a* odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego o składaniu fałszywych zeznań oświadczam, że poniższe dane są zgodne z prawdą.

.....
(imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym*.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis)

*Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj.:

- 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. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- 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;
- 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);
- osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty);
- osoby z niepełnosprawnością – zgodnie z definicją zawartą w Wytocznych 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 2021-2027;
- 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;
- osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy);
- osoby niesamodzielne;
- osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2021-2027;
- osoby korzystające z PO PŻ.



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O NIEUCZESTNICZENIU W INNYCH PROJEKTACH – OPIEKUN
FAKTYCZNY**

(w ramach projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” nr FEDS.09.01-IP.02-0010/23)

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, ja niżej podpisany/-a

.....
(imię i nazwisko)

Oświadczam, że w związku z przystąpieniem do projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” nr FEDS.09.01-IP.02-0010/23 nie biorę udziału w innym projekcie realizowanym w ramach Priorytetu nr 9 Fundusze Europejskie na rzecz transformacji obszarów górniczych na Dolnym Śląsku Działania nr 9.1 Transformacja społeczna Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 współfinansowanego ze środków Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w projekcie pn. „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” nr FEDS.09.01-IP.02-0010/23” nie będę uczestniczyć w innym projekcie w ramach Priorytetu nr 9 Fundusze Europejskie na rzecz transformacji obszarów górniczych na Dolnym Śląsku Działania nr 9.1 Transformacja społeczna Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 współfinansowanego ze środków Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji, ani projektach podobnych mogących skutkować podwójnym finansowaniem otrzymywanego wsparcia.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis)