**OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY ZAGROŻONEJ UBÓSTWEM**

**LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM**

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, ja niżej podpisany/-a oświadczam, że jestem **osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym\*.**

 ………………………………………………

 (data i 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 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;*
* *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 Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;*
* *osoby korzystające z PO PŻ*

**OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY POZOSTAJĄCEJ BEZ ZATRUDNIENIA**

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, ja niżej podpisany/-a oświadczam, że jestem **osobą pozostającą bez zatrudnienia**.

 ………………………………………

 (data i podpis)

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ**

 Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, ja niżej podpisany/-a oświadczam, że **jestem osobą z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności.**

 …………………………………………

 (data i podpis)

**OŚWIADCZENIE OSOBY KORZYSTAJĄCEJ ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ**

 Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, ja niżej podpisany/-a oświadczam, że **jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej.**

 …………………………………………

 (data i podpis)

**OŚWIADCZENIE O WPISYWANIU SIĘ W GRUPĘ DOCELOWĄ PROJEKTU**

 Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, ja niżej podpisany/-a oświadczam, że **jestem osobą wpisującą się w grupę docelową projektu „Program aktywizacji zawodowej na obszarze LGD Szlak Tatarski”\*.**

 …………………………………………

 (data i podpis)

\**Grupa docelowa projektu „Program aktywizacji zawodowej na obszarze LGD Szlak Tatarski”:*

* *10 osób (6K, 4M) w wieku 18+ zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zamieszkałych na obszarze objętym LSR LGD Szlak Tatarski: gminy Sokółka, Kuźnica, Krynki, Szudziałowo, Sidra, które uczą się, pracują lub zamieszkują na obszarze LGD Szlak Tatarski w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego;*
* *Preferuje się wybór osób lub rodzin korzystających z PO PŻ 2014-2020, osób doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki, osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osób z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną i osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi;*
* *Uczestnik projektu musi należeć minimum do jednej kategorii osób defaworyzowanych, tj. być osobą z terenów wiejskich i/lub osobą młodą (przed 25 r.ż) i/lub osobą powyżej 50 r.z..i/lub osobą długotrwale bezrobotną i/lub osobą bierną zawodowo i/lub osobą bierną zawodowo i/lub osobą o niskich kwalifikacjach i/lub osobą osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym i/lub osobą niepełnosprawną/zależną.*

**OŚWIADCZENIE OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z PO PŻ 2014-2020**

 Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, ja niżej podpisany/-a oświadczam, że **jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.**

 …………………………………………

 (data i podpis)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU**

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, ja niżej podpisany/-a oświadczam **o jednoczesnym niekorzystaniu z takich samych form wsparcia w ramach projektów realizowanych w osiach głównych.**

 ………………………………………………

 (data i podpis)