**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;* lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;
* członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością
* *osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;*
* *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 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)