



Załącznik nr 2

do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pn.:
„Centrum Usług Społecznych w Skarżysku-Kamiennej”

(imię i nazwisko Kandydata/-ki)

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIA ZBIORCZE

do projektu pn.: „Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej”

współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
w ramach programu regionalnego: Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027

PRIORYTET 9 Usługi społeczne i zdrowotne,

DZIAŁANIE 09.04 Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych.

Oświadczam, że:

- ✓ zamieszkuję uczę się, pracuję na obszarze miasta Skarżysko – Kamienna w woj. świętokrzyskim (gminy miejskiej Skarżysko – Kamienna) w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (tj. na obszarze OSI – miasta średniego tracącego funkcje społeczno-gospodarcze i obszarze MOF Miasta Północy);
- ✓ jestem osobą potrzebującą wsparcia w ramach Centrum Usług Społecznych w Skarżysku-Kamienna;
- ✓ nie korzystam równocześnie z takiej samej formy wsparcia w innym projekcie, który jest współfinansowany z EFS+ lub ze środków krajowych.

Oświadczam również, że spełniam następujące kryteria dodatkowe/premiujące uprawniające mnie do udziału w projekcie (zaznaczyć „x” w właściwym „□”):

- ☐ należę do osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i/lub osób z niepełnosprawnością sprzężoną i/lub osób z chorobami psychicznymi i/lub osób z niepełnosprawnością intelektualną i/lub osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10¹), posiadam orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinie z Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej;
- ☐ jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ;
- ☐ jestem osobą zamieszkującą samotnie;
- ☐ jestem osobą w niekorzystnej sytuacji w tym osobą doświadczającą ubóstwa, wykluczoną społecznie (np. korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej) lub dyskryminacji w wielu wymiarach lub zagrożoną takimi zjawiskami;
- ☐ jestem osobą o utrudnionym dostępie do usług w obszarze zdrowia;
- ☐ jestem osobą lub rodziną osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym;
- ☐ jestem osobą starszą;
- ☐ jestem osobą poruszającą się z pomocą sprzętów ortopedycznych (wózek inwalidzki, balkonik, kule ortopedyczne itp.);

¹ Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.



- ☐ jesteśmy rodzicami pracującymi/ jestem samotną/ym matką/ ojcem pracującą/ym;
- ☐ posiadam Kartę Dużej Rodziny (KDR).

Upředzony/-a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/-ki lub jego/-j
opiekuna/pełnomocnika)