



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 uczyć 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),
- ☐ 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.

¹ Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

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/
rodzica/ pełnomocnika)

Jeśli dotyczy opiekuna/rodzica/pełnomocnika:

Ja wyżej podpisany/a, oświadczam że działam w imieniu i na rzecz
(imię i nazwisko uczestnika projektu,

....., jako osoba upoważniona do reprezentowania jej interesów.
który nie posiada zdolności do czynności prawnych)