



(załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji/uczestnictwa w projekcie pt. „Gminny Klub Seniora w Trzcianie”)

## Oświadczenie potwierdzające spełnienie kryteriów projektowych Kandydata/ki do uczestniczenia w projekcie pt. „Gminny Klub Seniora w Trzcianie”

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko oraz PESEL) \_\_\_\_\_  
niniejszym oświadczam, że jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie pt. „Gminny Klub Seniora w Trzcianie”, gdyż w chwili składania niniejszego formularza spełniam następujące kryteria/warunki (należy zaznaczyć dane pole):

- ukończyłem/am 60 rok życia - **w celu weryfikacji kryterium wieku Kandydat/ka (lub jego/jej przedstawiciel) zobligowany/zobligowana będzie do przedłożenia (do wglądu) członkowi Zespołu Projektu dokumentu tożsamości - z tego działania Zespół Projektu sporządzi protokół okazania/wyda zaświadczenie, który stanowić będzie załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej - czynności tej należy dokonać w Biurze Projektu (w uzasadnionych przypadkach Zespół Projektu dokona weryfikacji w miejscu wskazanym przez Kandydata/ki)**
- zamieszkuje (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie gminy Świlcza (województwo podkarpackie)
- jestem osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, m.in.: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych (niniejsze wskazanie nie jest katalogiem zamkniętym i kandydat/ka może posiadać dysfunkcje w wykonywaniu innych podstawowych czynności dnia codziennego) - **w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie lekarskie - Organizator rekomenduje, aby zaświadczenie lekarskie przedstawione było na wzorze udostępnionym w ramach dokumentacji projektowej (dokument ten można odnaleźć na Stronie Internetowej i/lub otrzymać w Biurze Projektu)**

**W celu weryfikacji uzyskania punktów (w trakcie oceny merytorycznej), oświadczam że jestem (należy zaznaczyć dane pole):**

- osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - w celu weryfikacji tego kryterium, należy złożyć niniejsze oświadczenie (Organizator dokona weryfikacji tego oświadczenia, zgodnie z procedurą wskazaną w §6 - punkt 2 - podpunkt „a” Regulaminu Projektu),
- osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia - w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej (dotyczy klientów ośrodka) lub oświadczenie (pod rygorem odpowiedzialności karnej),
- osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - w celu weryfikacji tego kryterium, należy załączyć kserokopię orzeczenia o posiadanym stopniu niepełnosprawności (dokument musi być podbity za zgodność z oryginałem),
- osobą z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) - w celu weryfikacji tego kryterium, należy załączyć kserokopię orzeczenia o posiadanym stopniu niepełnosprawności (dokument musi być podbity za zgodność z oryginałem) lub zaświadczenie lekarskie,
- osobą korzystającą z PO PŻ (a zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ) - w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej,

**Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis Kandydata/ki - w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpisu osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawni/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)