



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU  
„W rodzinie siła!”  
RPZP.07.06.00-32-K024/20  
Gmina Połczyn – Zdrój**

<b>CZĘŚĆ I: DANE PERSONALNE I KONTAKTOWE</b>			
Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL:			
Wykształcenie kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)  <i>(Proszę zaznaczyć poziom wykształcenia na podstawie ostatniej ukończonej szkoły / uczelni)</i>		<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> Policealne (szkoła policealna) <input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)	
Adres zamieszkania: <sup>1</sup>			
Województwo:		Zachodniopomorskie	
Powiat:			
Gmina:		Połczyn – Zdrój	
Miejscowość:			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Obszar (proszę zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> Miejski <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Wiejski <sup>3</sup>
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
<b>CZĘŚĆ II: STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>			
Status zawodowy kandydata <i>(możliwe jest zaznaczenie tylko)</i>	<b>OSOBA BEZROBOTNA</b> zarejestrowana lub niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy tj. pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia	<input type="checkbox"/> TAK, osoba ZAREJESTROWANA w Powiatowym Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna – w ostatnich 24 miesiącach pozostawała bez zatrudnienia przez 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK, osoba niezarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> NIE	

<sup>1</sup> Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. w przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa zachodniopomorskiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie zachodniopomorskim).

<sup>2</sup> obszar położony w granicach administracyjnych miast.

<sup>3</sup> tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko –wiejskiej



jednej odpowiedzi TAK)	<p><b>OSOBA BIERNA ZAWODOWO:</b> w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje, nie jest gotowa do podjęcia pracy/ nie poszukuje pracy), w tym osoby będące na urlopie wychowawczym</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p><b>OSOBA PRACUJĄCA:</b> osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono TAK, proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w mikro/ małym/ średnim przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> Zatrudniona/y w (nazwa firmy/przedsiębiorstwa): ..... .....
	<p>Wykonywany zawód - dotyczy osób pracujących:</p>	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psycholog.-pedagogicznej <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> inny .....
Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	<p>osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	<p>osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>Osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji

	<p>osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. osoba należąca do jednej lub kilku z poniższych grup:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1,</li> <li>ii. byli więźniowie,</li> <li>iii. narkomani,</li> <li>iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań,</li> <li>v. <b>osoby z obszarów wiejskich.</b></li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
--	--	--

### CZĘŚĆ III: SYTUACJA RODZINNA

<p><b>Oświadczam, że należę do rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych</b></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
--	--

**Oświadczam, że spełniam następujące przesłanki zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym osób lub rodzin (możliwość wielokrotnego wyboru):**

<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Reprezentuję 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 tj.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ubóstwo;</li> <li>b) sieroctwa;</li> <li>c) bezdomności;</li> <li>d) bezrobocia;</li> <li>e) niepełnosprawności;</li> <li>f) długotrwałej lub ciężkiej choroby;</li> <li>g) przemocy w rodzinie;</li> <li>h) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;</li> <li>i) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</li> <li>j) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</li> <li>k) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy;</li> <li>l) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</li> <li>m) alkoholizmu lub narkomanii;</li> <li>n) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;</li> <li>o) klęski żywiołowej lub ekologicznej.</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Reprezentuję osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) bezdomni realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</li> <li>b) uzależnieni od alkoholu,</li> <li>c) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających,</li> <li>d) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,</li> <li>e) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,</li> </ul>

	<p>f) zwolnieni z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</p> <p>g) uchodźcy realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</p> <p>h) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.</p>
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Reprezentuję osoby przebywające w pieczy zastępczej <sup>4</sup> lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przezywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Reprezentuję 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 969);
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Reprezentuję osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.);
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Reprezentuję osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Reprezentuję rodzinę, w której członkowie gospodarstwa domowego sprawują opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Reprezentuję osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – które 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;
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Reprezentuję osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań;
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Reprezentuję osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Reprezentuję osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 tj. spełniające kryterium dochodu nieprzekraczającego 200% kryterium dochodowego w przypadku osoby w rodzinie ( <i> premia punktowa +10 pkt</i> );
.....	<b>Ilość przesłanek wykluczenia (odpowiedzi „TAK”) (od 1 do 11)</b>
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Oświadczam, że doświadczam wykluczenia z powodu więcej niż jednej powyższych przesłanek zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ( <i> premia punktowa +10 pkt</i> )
<b>Środowisko zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:</b>	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Oświadczam, że społeczność lokalna, którą reprezentuję zamieszkuje obszary zdegradowane w rozumieniu Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 lub jej udział jest niezbędny w rewitalizacji, o której mowa w tych wytycznych ( <i> premia punktowa +10 pkt</i> ) tj. m.in.: <i>Gminy Borne Sulinowo, Gminy Połczyn Zdrój, Gminy Mieszkowice, Gminy Choszczno;</i>
<b>Dodatkowo spełniam kryteria punktowe:</b>	<input type="checkbox"/> moja rodzina spełnia kryteria <b>rodziny wielodzietnej</b> - wychowującej troje i więcej dzieci ( <i> premia punktowa + 20 pkt</i> ) <input type="checkbox"/> <b>samotnie wychowuję</b> dziecko/ dzieci i nie wychowuję żadnego dziecka wspólnie z jego rodzicem ( <i> premia punktowa + 20 pkt</i> ) <input type="checkbox"/> należę do rodziny, w której <b>rodzic lub dziecko jest osobą z niepełnosprawnością</b> w stopniu znacznym lub umiarkowanym / osobą z niepełnosprawnością sprzężoną / osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwoju ( <i> premia punktowa + 20 pkt</i> );

<sup>4</sup> W tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

<input type="checkbox"/> należą do rodziny, której <b>dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego</b> (na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą z dn. z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej tj. nie przekracza kwoty <b>792,00 zł dla osoby w rodzinie</b> - dochód netto w przeliczeniu na osobę w rodzinie - obowiązuje w 2021 r. ( <i> premia punktowa + 20 pkt</i> ).			
<b>Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z następującymi osobami - członkami rodziny:</b>			
[1] ..... -relacja: ..... [2] ..... - relacja: ..... [3] ..... - relacja: .....			
(Przykładowe relacje: <i>związek małżeński / pokrewieństwo/ powinowactwo w linii prostej / powinowactwo II stopnia/ powinowactwo w linii bocznej / w stosunku przysposobienia / opieka / kuratela</i> )			
<b>Oświadczam, że wśród tych osób są dzieci przed ukończeniem 18 roku życia.</b>			
<b>DZIECKO (1)</b>		<b>DZIECKO (2)</b>	
Dziecko objęte pieczę zastępczą <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Dziecko z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Dziecko: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa (<i>proszę zaznaczyć właściwe</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu</li> </ul>		Dziecko objęte pieczę zastępczą <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Dziecko z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Dziecko: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa (<i>proszę zaznaczyć właściwe</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu</li> </ul>	
PESEL:		PESEL:	
Wiek:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Imię		Imię	
Nazwisko		Nazwisko	
Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>DZIECKO (3)</b>		<b>DZIECKO (4)</b>	
Dziecko objęte pieczę zastępczą <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Dziecko z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Dziecko: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa (<i>proszę zaznaczyć właściwe</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu</li> </ul>		Dziecko objęte pieczę zastępczą <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Dziecko z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Dziecko: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa (<i>proszę zaznaczyć właściwe</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu</li> </ul>	
PESEL:		PESEL:	

<sup>5</sup> osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; narkomani; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich.

Wiek:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Imię				Imię			
Nazwisko				Nazwisko			
Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<b>DZIECKO (5)</b>				<b>DZIECKO (6)</b>			
Dziecko objęte pieczęcią zastępczą <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				Dziecko objęte pieczęcią zastępczą <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
Dziecko z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				Dziecko z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
Dziecko: <input type="checkbox"/> uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa ( <i>proszę zaznaczyć właściwe</i> ) <input type="checkbox"/> nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu				Dziecko: <input type="checkbox"/> uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa ( <i>proszę zaznaczyć właściwe</i> ) <input type="checkbox"/> nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu			
PESEL:				PESEL:			
Wiek:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Imię				Imię			
Nazwisko				Nazwisko			
Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Jako rodzic/ opiekun prawny wyrażam zgodę i deklaruję uczestnictwo moich dzieci / mojego dziecka ..... w projekcie pn. „W rodzinie siła!” RPZP.07.06.00-32-K024/20. Jednocześnie oświadczam, że ww. osoby małoletnie zamieszkują ze mną pod tym samym adresem.							

#### CZĘŚĆ IV: WNIOSKOWANY RODZAJ WSPARCIA

Jako rodzic/ opiekun prawny wnioskuję o pobyt moich dzieci / mojego dziecka w Placówce Wsparcia Dziennego, ul. Wojska Polskiego 54, Połczyn-Zdrój.	
Imię i nazwisko zgłaszanego dziecka/ zgłaszanych dzieci: 1) ..... 2) ..... 3) ..... 4) ..... 5) ..... 6) .....	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wywiadu przez pracownika socjalnego i zobowiązuję się do wzięcia udziału we wsparciu zgodnie z planem pracy opracowanym przez pracownika socjalnego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	--

CZĘŚĆ V: SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy osób z niepełnosprawnością		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w <b>pkt 5 zaznaczono TAK</b> , proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeżeli w <b>pkt 6 zaznaczono TAK</b> , proszę wymienić potrzeby:		

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis

#### OŚWIADCZENIA:

**Świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:**

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:
  - 1) zamieszkuje na obszarze Województwa Zachodniopomorskiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie Gminy Połczyn – Zdrój;
  - 2) spełniam przesłanki o **zagrożeniu ubóstwem lub wykluczeniem społecznym osób / rodzin**, o których mowa w Wytocznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020;
  - 3) wychowuję co najmniej jedno dziecko w wieku do 18 roku życia;
  - 4) moja rodzina przeżywa trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych.



2. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie W rodzinie siła! RPZP.07.06.00-32-K024/20 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 zobowiązuję się do uczestnictwa we wsparciu zgodnie z opracowanym planem pracy.
3. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. formularzu są prawdziwe.
  - ✓ Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
  - ✓ Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
  - ✓ Oświadczam, że zostałam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
  - ✓ Oświadczam, że zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis

### ***OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU***

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „W rodzinie siła!” RPZP.07.06.00-32-K024/20 przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
  - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
  - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
    - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
    - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),



- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, t.j., z późn. zm.);
- 2) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
  - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
  - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
  - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.),
  - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „W rodzinie siła!” RPZP.07.06.00-32-K024/20, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - Ośrodkowi Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, z siedzibą przy ul. Kminkowej 182 E/2, 62-064 Plewiska oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu: Gminie Borne Sulinowo, Aleja Niepodległości 6, 78-449 Borne Sulinowo oraz Miejsko - Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Bornem Sulinowie, Gminie Choszczno, ul. Wolności 24, 73-200 Choszczno, Miejsko - Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Choszcznie, Gminie Kołbaskowo, Kołbaskowo 106, 72-001, Kołbaskowo, Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Kołbaskowie, Gminie Mieszkowice, ul. Fryderyka Chopina 1, 74-505 Mieszkowice, Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Mieszkowicach ul. Fryderyka Chopina 1, 74-505 Mieszkowice oraz Gminie Połczyn - Zdrój, Plac Wolności 3-4, 78-320 Połczyn- Zdrój. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta badania, kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
5. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 (tj. do dnia 31 grudnia 2023 r.) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
  - a) [abi@wzp.pl](mailto:abi@wzp.pl) - w odniesieniu do danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
  - b) [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) – w odniesieniu do danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.

11. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
12. Podanie danych jest warunkiem ustawowym, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\**

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

**ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):**

**Obligatoryjne:**

- Oświadczenie dotyczące trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo- wychowawczych

**Fakultatywne, w tym oświadczenia - wypełnić tylko te załączniki które dotyczą:**

- Kserokopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność (jeśli dotyczy): uczestnika projektu, lub członka rodziny, w tym dokumenty potwierdzające, że członkowie gospodarstwa domowego sprawują opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością (jeśli dotyczy);
- Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, w tym z korzystania z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (jeśli dotyczy);
- Oświadczenie dotyczące dochodu (jeśli dotyczy); dokumenty określające dochód takie jak: decyzja właściwego organu rentowego/ emerytalnego (ZUS /KRUS) informująca o wysokości przyznanego świadczenia za ostatni miesiąc (jeśli dotyczy);
- Oświadczenie o samotnym rodzicielstwie (jeśli dotyczy);
- Oświadczenie o wielodzietności (jeśli dotyczy);
- Oświadczenie o objęciu dziecka pieczęcią zastępczą (jeśli dotyczy);
- Zaświadczenie od lekarza o niesamodzielności;
- Oświadczenie dotyczące niepełnosprawności dziecka / uczestnika / członka rodziny
- Dokumenty potwierdzające spełnienie przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; (jeśli dotyczy);
- Dokumenty potwierdzające przynależność do grup o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (jeśli dotyczy);
- Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy – status bezrobotnego / długotrwale bezrobotnego (jeśli dotyczy);
- Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń społecznych – status osoby biernej zawodowo (jeśli dotyczy).

**OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:**

Kandydat spełnia/nie spełnia<sup>6</sup> obligatoryjne kryteria uczestnictwa w Projekcie  
(wypełnia beneficjent/partner /realizator )

Ilość punktów: .....

.....  
(podpis)

<sup>6</sup> Niepotrzebne skreślić.

**OŚWIADCZENIE**  
**DOTYCZĄCE TRUDNOŚCI W PEŁNIENIU FUNKCJI**  
**OPIEKUŃCZO- WYCHOWAWCZYCH**  
*(załącznik obowiązkowy dla wszystkich uczestników)*

Ja niżej podpisany/a .....

Imię i nazwisko

**oświadczam, że jestem członkiem rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych**, przejawiające się m.in. poprzez niemożność sprawowania opieki nad dziećmi (np. spowodowana pracą za granicą), brak stałego źródła dochodu, zaburzenia i choroby psychiczne wśród członków rodziny, problemy związane z nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, problemy wychowawcze w relacjach z dorastającymi dziećmi, przemoc fizyczna, przemoc psychiczna, złe warunków higienicznych, niewłaściwe wypełnianie funkcji opiekuńczo-wychowawczych we własnej rodzinie, inne (jakie?) .....

.....

data, podpis

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA

Ja niżej podpisany/a .....

Imię i nazwisko

niniejszym oświadczam, że moje dziecko ....., jest dzieckiem z niepełnosprawnościami i posiada:

- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność. (art. 20 a ust. 7, art. 20t ust.2 pkt 1 lit. b ustawy o systemie oświaty)
- orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności;

Posiadane dysfunkcje dziecka:

.....  
 .....  
 .....

.....

data, podpis

## ANKIETA DLA DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Zwracamy się z serdeczną prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, odpowiedzi pozwolą nam zapewnić dostępność projektu zgodnie z Pani preferencjami.

Imię i nazwisko:		.....
Proszę zaznaczyć i opisać jakie dziecko ma potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie	Proszę o podanie symbolu przyczyny niepełnosprawności i nazwy zdiagnozowanego schorzenia	Symbol przyczyny niepełnosprawności ..... Nazwa schorzenia .....
	Czy jest dziecko jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Czy dziecko ma specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



	związane z uczestnictwem w projekcie ? (np. żywieniowe, inne)	Jeśli zaznaczono TAK proszę odpowiedzieć na poniższe pytania
	Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... .....
	Alternatywne formy materiałów:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... .....
	Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... .....
	Zapewnienie tłumacza języka migowego:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... .....
	Inne:	..... ..... .....

**Podpis rodzica/ opiekuna**

.....

**OŚWIADCZENIE**  
**DOTYCZĄCE WIELODZIETNOŚCI**

Ja niżej podpisany/a ..... oświadczam, że moja rodzina spełnia kryteria **wielodzietności** tj. w rodzinie wychowuje się troje lub więcej dzieci\*.

*\*Za dziecko należy uznawać wyłącznie osoby do ukończenia 18 roku życia; nie bierze się pod uwagę osób, które ukończyły 18 rok życia, nawet jeżeli kontynuują one naukę i pozostają na utrzymaniu rodziców.*

.....  
data, podpis



**OŚWIADCZENIE  
DOTYCZĄCE DOCHODU**

Ja niżej podpisany/a ..... **oświadczam, że dochód mojej rodziny nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego** (na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą z dn. z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej tj. nie przekracza kwoty **792,00 zł dla osoby w rodzinie** -dochód netto w przeliczeniu na osobę w rodzinie – obowiązuje w 2021 r.

.....  
data, podpis

*Można załączyć:  
dokumenty określające dochód takie jak: decyzja właściwego organu rentowego/ emerytalnego (ZUS /KRUS); informująca o wysokości przyznanego świadczenia za ostatni miesiąc; zaświadczenie o zarobkach; inne dokumenty określające dochód.*



**OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BEZROBOTNEJ  
(dla osób niezarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy)**

Ja, ..... niżej podpisana niniejszym oświadczam, że jestem osoba bezrobotną

**Pouczenie:**

**Osoba bezrobotna - osoba pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności BAEL tj. osoba, które nie jest zarejestrowana jako bezrobotna, lecz nie pracuje, aktywnie poszukuje pracy i jest gotowa do podjęcia zatrudnienia.**

**Uwaga:**

Osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

.....  
data, podpis

## OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO

Ja, ....., niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo.

### Pouczenie:

**Osoby bierne zawodowo** to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).

Do grupy biernych zawodowo zaliczamy m.in.:

- studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowani jako osoby bezrobotne'
- osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne

### Uwaga:

Osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek – status „aktywny” (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

W załączeniu przedkładam / zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego status osoby biernej zawodowo\*.

.....  
data, podpis

\*Wydanie zaświadczenia jest możliwe w następujący sposób: Uczestnik/czka składa do ZUS druk US-7- o wydanie zaświadczenia. Wzór wniosku do ZUS (druk US-7) stanowi załącznik Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „W rodzinie siła!” RPZP.07.06.00-32-K024/20

Zaświadczenie uznaje się za ważne przez okres 30 dni od dnia jego wydania. Oznacza to, że uczestnik nie może otrzymać pierwszej formy wsparcia później niż 30 dni od dnia wystawienia zaświadczenia, chyba że przedstawi nowe zaświadczenie.



....., dnia .....

.....  
(pieczęć przychodni / lekarza)

**ZAŚWIADCZENIA OD LEKARZA  
O NIESAMODZIELNOŚCI I O POTRZEBIE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/ Pani ..... jest osobą niesamodzielną i potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. jest osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

1. Stan zdrowia: .....

Ze względu na stan zdrowia wymaga opieki/ wsparcia:

- Stale
- Okresowo

2. Niepełnosprawność:

- TAK

Symbol: .....

Stopień:

- lekki
- umiarkowany
- znaczny

lub

- częściowo niezdolna/y do pracy
- całkowicie niezdolna/y do pracy
- całkowicie niezdolna/y i samodzielnej egzystencji

- NIE

.....  
Podpis lekarza



**OŚWIADCZENIE  
O SAMOTNYM WYCHOWYWANIU DZIECKA<sup>7</sup>**

Ja niżej podpisana/y .....

Imię i nazwisko

Oświadczam, że:

1. samotnie wychowuję dziecko/ dzieci: .....

(proszę podać imiona i nazwiska dzieci)

2. nie wychowuję żadnego dziecka wspólnie z jego rodzicem

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

data, podpis

---

<sup>7</sup> Oznacza to wychowywanie dziecka przez pannę, kawalera, wdowę, wdowca, osobę pozostającą w separacji orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu, osobę rozwiedzioną, chyba że osoba taka wychowuje wspólnie co najmniej jedno dziecko z jego rodzicem, wówczas nie jest samotnym rodzicem wychowującym dziecko.



## OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU DZIECKA PIECZĄ ZASTĘPCZĄ

Ja niżej podpisana/y .....

Imię i nazwisko

oświadczam, że dziecko ..... (imię i nazwisko, PESEL dziecka) jest objęte pieczęcią zastępczą.

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

data, podpis

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZESTNIKA LUB CZŁONKA RODZINY

Ja niżej podpisana/y .....

Imię i nazwisko

oświadczam, że ..... (imię i nazwisko, PESEL) jest osobą z niepełnosprawnościami.

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Dokument potwierdzający niepełnosprawność ( w załączeniu kopia):

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Symbol: .....

- lekki
- umiarkowany
- znaczny

lub

orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika ZUS stwierdzające

- częściową niezdolność do pracy
- całkowitą niezdolność do pracy
- całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji

.....

data, podpis