

16	Potrzeba wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (załączenie zaświadczenia od lekarza lub odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia): ☐ Tak ☐ Nie
17	Osoba z niepełnosprawnościami (załączenie kopii odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia): ☐ Tak ☐ Nie
18	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnością sprzężoną (załączenie kopii odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia): ☐ Tak ☐ Nie
19	Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną oraz z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (załączenie kopii odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia): ☐ Tak ☐ Nie
20	Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (weryfikacja na podstawie dokumentu wydanego przez ośrodek pomocy społecznej potwierdzający skorzystanie z programu): ☐ Tak ☐ Nie
20	Jestem osobą i rodziną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczający wielokrotnego wykluczenia (weryfikacja na podstawie dokumentów potwierdzających bycie osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym – umowy wsparcia, zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej potwierdzające korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej itp.) ☐ Tak ☐ Nie

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że¹: jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, możliwości:

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że²: jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości:

.....

¹ Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”

² Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że³: jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości:

.....

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności....., wydane przez
..... w dniu⁴

.....

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że⁵ jestem osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% Właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej)

.....

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

Zweryfikowano wiek Kandydata do projektu na podstawie dokumentu tożsamości.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

³ Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”

⁴ Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”

⁵ Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”