



Załącznik nr 3 do Regulaminu Projektu „Aktywizacja Twoją szansą!”

OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY OSÓB W NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI

.....
(imię i nazwisko)

Oświadczam, że jestem osobą należącą do grupy osób w niekorzystnej sytuacji.

Proszę zaznaczyć, do której z grup osób Pan/Pani należy:

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 w szczególności z powodu:

- ubóstwa;
- sieroctwa;
- bezdomności;
- bezrobocia;
- niepełnosprawności;
- długotrwałej lub ciężkiej choroby;
- przemocy domowej;
- potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
- potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;



Projekt „Aktywizacja Twoją szansą!” realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

- alkoholizmu lub narkomanii;
 - zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
 - klęski żywiołowej lub ekologicznej.
 - osoby, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (odpowiedź dotyczącą mojej osoby podkreślam):
 - bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
 - uzależnioną od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego;
 - uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;
 - chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;
 - bezrobotną, w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, pozostających bez pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy;
 - zwalnianą z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
 - uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
 - osoby bierne zawodowo;
 - osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
 - osoby z niepełnosprawnością;
 - członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
 - osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
 - osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;
-



Projekt „Aktywizacja Twoją szansą!” realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

- osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością;
- osoby odbywające kary pozbawienia wolności, objęte dozorem elektronicznym;
- osoby korzystające z programu FE PŻ;
- osoby należące do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie;
- osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.

*Zostałem/am poinformowany/na o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń
niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 §.1 Kodeksu Karnego*

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis)