



## Deklaracja uczestnictwa w Projekcie

Ja niżej podpisany/a dobrowolnie deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie pn. **„Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja”**. Projekt realizowany w ramach działania 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa priorytetu 7 Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, programu regionalnego FEO 2021-2027. W ramach wsparcia: Marszałkowski Kurier Społeczny.

1. Imiona i nazwisko:.....
2. Płeć: a) Kobieta<sup>1</sup>  b) Mężczyzna
3. Miejsce zamieszkania a) Miasto  b) Wieś
4. Data urodzenia:.....
5. PESEL:.....
6. Adres zamieszkania<sup>2</sup>:
  - a) województwo: .....
  - b) powiat:.....
  - c) gmina:.....
  - d) miejscowość:.....
  - e) ulica:.....
  - f) numer budynku/lokalu:.....
  - g) kod pocztowy:.....
7. Nr telefonu kontaktowego:.....
8. Adres poczty elektronicznej:.....
9. Osoba z niepełnosprawnościami<sup>3</sup>: Tak  b) Nie
10. Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności: Tak  b) Nie

<sup>1</sup> Prawidłową odpowiedź zaznacz krzyżykiem.

<sup>2</sup> Potwierdzone wywiadem środowiskowym przeprowadzonym przez pracownika socjalnego.

<sup>3</sup> Potwierdzone dokumentem



11. W związku z przystąpieniem do projektu oświadczam, że spełniam kryteria przynależności do grupy docelowej.

**Spełniam kryteria obligatoryjne tj.:**

- jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności) – co zostanie potwierdzone wywiadem środowiskowym;
- zamieszkuję w województwie opolskim – co zostanie potwierdzone wywiadem środowiskowym.

**Spełniam kryteria premiujące – fakultatywne:**

*Należy wstawić „X” w rubrykach, które dotyczą sytuacji Kandydata/-tki do Projektu*

- jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;
- jestem osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 235% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie, o którym mowa w ust. z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej;
- spełniam co najmniej 2 przesłanki z art.7 ust. z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej;
- jestem osobą mieszkającą samotnie;
- jestem osobą korzystającą z programu FEPŻ 2021-2027;
- jestem osobą powyżej 60 roku życia;
- jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności<sup>4</sup>;
- jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną<sup>5</sup>;
- jestem osobą mieszkającą i/lub pracującą i/lub uczącą się na Obszarze Strategicznej Interwencji (OSI) wskazanym w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego (KSRR), tj. miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze (Brzeg, Kędzierzyn Koźle, Kluczbork, Krapkowice, Namysłów, Nysa, Prudnik, Strzelce Opolskie) i/lub obszarów zagrożonych trwałą marginalizacją (Baborów,

<sup>4</sup> Potwierdzone orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności.

<sup>5</sup> Potwierdzone dokumentem potwierdzającym niepełnosprawność sprzężoną.



Branice, Cisek, Domaszowice, Gorzów Śląski, Kamiennik, Murów, Otmuchów,  
Paczków, Pakosławice, Pawłowiczki, Radłów, Świerczów, Wilków, Wołczyn):

Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby?

Jeżeli tak, to proszę je wymienić: .....

.....

Ja niżej podpisany/-na uprzedzony/-na o odpowiedzialności karnej z art. 233  
Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy,  
niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne  
z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią Regulaminu rekrutacji  
i akceptuję jego warunki.

Data i miejsce.....

Czytelny podpis.....