*Załącznik nr 2 do Regulaminu projektu*

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI**

**o posiadaniu statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**

w projekcie „Wybierz zmianę !”

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:

1) Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, z powodu\*:

□ osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej;

□ osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

□ osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o  wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

□ osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z  ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. 2018 poz. 969);

□ osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty ([Dz.U. 2018 poz. 1](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20160001943&min=1)457);

□ osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej

 i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2018 r. poz. 511 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz.ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ([Dz.U. 2018 poz. 1](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20170000882&min=1)878);

□ członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;

□osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia;

□ osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie  monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

□ osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ).

 ……………………………………… …………………………………………

 Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata/ Kandydatki

\**zaznaczyć właściwe* .