



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIUM UDZIAŁU

w usługach asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami

Projekt „Wsparcie dla Ciebie - rozwój deinstytucjonalnych usług społecznych”

Nr projektu: FEWP.10.01-IZ.00-0008/25

Gmina Malanów / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Malanowie

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko:

PESEL / inny identyfikator:

oświadczam, że:

☐ **posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument równoważny;**

☐ **spełniam kryterium zamieszkania na obszarze Gminy Malanów, zgodnie z odrębnym Oświadczeniem o miejscu zamieszkania;**

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że **posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego stanowi kryterium obligatoryjne udziału w usługach asystenckich.**

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika / rodzica / opiekuna prawnego / osoby uprawnionej - jeżeli dotyczy:

.....



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

dla potrzeb udziału w projekcie „Wsparcie dla Ciebie - rozwój deinstytucjonalnych usług społecznych”

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko:

PESEL / inny identyfikator:

oświadczam, że miejscem mojego zamieszkania jest:

Miejscowość:

Gmina:

Adres zamieszkania:

Oświadczam, że zamieszkuję na obszarze Gminy Malanów.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejsze oświadczenie składałam w celu potwierdzenia spełnienia kryterium udziału w Projekcie dotyczącego zamieszkania na obszarze Gminy Malanów.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika / rodzica / opiekuna prawnego / osoby uprawnionej - jeżeli dotyczy:

.....



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

OŚWIADCZENIE O SAMOTNYM ZAMIESZKIWANIU

dla potrzeb oceny kryterium punktowego w procesie rekrutacji do usług asystenckich

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko:

PESEL / inny identyfikator:

oświadczam, że:

☐ zamieszkuję samotnie;

☐ nie zamieszkuję samotnie.

Oświadczenie składam w celu weryfikacji kryterium punktowego „samotne zamieszkiwanie” - **3 punkty**, określonego w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa - Usługi asystenckie.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że spełnienie powyższego kryterium może zostać zweryfikowane na podstawie złożonego oświadczenia oraz dostępnej dokumentacji, zgodnie z zasadami rekrutacji obowiązującymi w Projekcie.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika / rodzica / opiekuna prawnego / osoby uprawnionej - jeżeli dotyczy:

.....



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z POMOCY SPOŁECZNEJ

dla potrzeb oceny kryterium punktowego w procesie rekrutacji do usług asystenckich

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko:

PESEL / inny identyfikator:

oświadczam, że:

☐ **korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej;**

☐ **nie korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej.**

Oświadczenie składam w celu weryfikacji kryterium punktowego „**korzystanie z pomocy społecznej**” - **2 punkty**, określonego w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa - Usługi asystenckie.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że spełnienie powyższego kryterium może zostać zweryfikowane na podstawie dokumentacji znajdującej się w zasobach Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Malanowie oraz innych wymaganych dokumentów lub oświadczeń.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika / rodzica / opiekuna prawnego / osoby uprawnionej - jeżeli dotyczy:

.....



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA DOTYCZĄCE WSKAZANIA OSOBY ASYSTENTA

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko:

PESEL:

oświadczam, że w związku z udziałem w usługach asystenckich:

☐ **nie wskazuję osoby, która miałaby świadczyć na moją rzecz usługi asystenckie;**

☐ **wskazuję osobę, której chciałabym/chciałbym powierzyć świadczenie na moją rzecz usług asystenckich:**

Imię i nazwisko wskazanej osoby:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że wskazanie osoby ma na celu uwzględnienie moich indywidualnych potrzeb i oczekiwań związanych z realizacją usług asystenckich.

Przyjmuję do wiadomości, że realizacja usług przez wskazaną przeze mnie osobę jest możliwa po spełnieniu przez nią wymagań określonych w dokumentacji Projektu oraz po zaakceptowaniu jej przez Beneficjenta.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika / rodzica / opiekuna prawnego / osoby uprawnionej - jeżeli dotyczy:

.....