**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, programuregionalnego FEO 2021-2027.

W ramach wsparcia: **Door-to-door.**

1. Imiona i nazwisko:…………………………………………………………………..
2. Płeć: a) Kobieta[[1]](#footnote-2)□ b) Mężczyzna □
3. Miejsce zamieszkania: a) Miasto □ b) Wieś □
4. Data urodzenia:………………………………………………………………………
5. PESEL:………………………………………………………………………………..
6. Adres zamieszkania[[2]](#footnote-3):
7. województwo: ………………………………………………………………………..
8. powiat:…………………………………………………………………………………
9. gmina:………………………………………………………………………………….
10. miejscowość:………………………………………………………………………….
11. ulica:……………………………………………………………………………………
12. numer budynku/lokalu:……………………………………………………………….
13. kod pocztowy:…………………………………………………………………………
14. Nr telefonu kontaktowego:…………………………………………………………..
15. Adres poczty elektronicznej:………………………………………………………..
16. Osoba z niepełnosprawnościami[[3]](#footnote-4): Tak□ b) Nie□
17. Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności: Tak □ b) Nie □
18. 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[[4]](#footnote-5);

jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną[[5]](#footnote-6);

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

**Specjalne potrzeby uczestnika/czki:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i akceptuję jego warunki.

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.

Miejscowość i data .......................................................

Czytelny podpis .....................................................

1. Prawidłową odpowiedź zaznacz krzyżykiem. [↑](#footnote-ref-2)
2. Potwierdzone wywiadem środowiskowym przeprowadzonym przez pracownika socjalnego. [↑](#footnote-ref-3)
3. Potwierdzone dokumentem [↑](#footnote-ref-4)
4. Potwierdzone orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-5)
5. Potwierdzone dokumentem potwierdzającym niepełnosprawność sprzężoną. [↑](#footnote-ref-6)