

Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego
na lata 2014-2020

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU
REALIZOWANEGO W RAMACH
Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne
„Senior w Gminie Bełżyce”**

Dane osobowe:

Imię	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) - wypełnia realizator projektu	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....
(data i czytelny podpis osoby reprezentującej **beneficjenta** projektu)

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie²:

<input type="checkbox"/>	Posiadam status osoby wykluczonej i zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą niepełnosprawnością - w tym z zaburzeniami psychicznymi
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.

² Możliwy jest wybór maksymalnie dwóch opcji jednocześnie.