Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji

**Oświadczenie o statusie osoby wykluczonej lub zagrożonej wykluczeniem społecznym ze wskazaniem formy wykluczenia**

**PROJEKT: „AKTYWNI 50+ W GMINIE WYSOKIE - rozwój usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej na terenie Gminy Wysokie poprzez utworzenie Klubu Seniora oraz wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego”- Giełczew**

**Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **Forma wykluczenia** | **Należy zaznaczyć „X” przy dotyczącej Pana/Pani formie wykluczenia** |
| Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej |  |
| Osoba, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym |  |
| Osoba z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020 |  |
| Członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością |  |
| Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 |  |
| Osoba odbywająca kary pozbawienia wolności |  |
| Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa |  |

Miejscowość, data i podpis

**…………………………………………………………………..**