

## OŚWIADCZENIE DOT. OSÓB ZAGROŻONYCH UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. Bracki Dom dla Seniorów w Katowicach oświadczam, że:

1. Jestem osobą lub członkiem rodziny korzystającym / -ej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U.2017.1769 t.j. z dnia 2017.09.22 z późn. zm.)\*

**TAK**            **NIE**

2. Jestem osobą lub członkiem rodziny kwalifikującą / -ym się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającym co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj. kwalifikuję się do objęcia pomocą społeczną z powodu:\*

a) ubóstwa;

**TAK**            **NIE**

b) sieroctwa;

**TAK**            **NIE**

c) bezdomności;

**TAK**            **NIE**

d) bezrobocia;

**TAK**            **NIE**

e) niepełnosprawności;

**TAK**            **NIE**

f) długotrwałej lub ciężkiej choroby;

**TAK**            **NIE**

g) przemocy w rodzinie;

**TAK**            **NIE**

h) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;

**TAK**            **NIE**

i) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;

**TAK**            **NIE**

j) bezradności w sprawach opiekuńczo - wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;

**TAK**            **NIE**

k) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U.2017.2206 t.j. z dnia 2017.11.30z późn. zm.);

**TAK**                      **NIE**

l) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;

**TAK**                      **NIE**

m) alkoholizmu lub narkomanii;

**TAK**                      **NIE**

n) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;

**TAK**                      **NIE**

o) klęski żywiołowej lub ekologicznej.

**TAK**                      **NIE**

3. Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą lub 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 (Dz.U.2017.697 t.j. z dnia 2017.03.31 z późn. zm.)\*

**TAK**                      **NIE**

4. Jestem 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.2016.1654 t.j. z dnia 2016.10.10 z późn. zm.).\*

**TAK**                      **NIE**

5. Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. 2017.2198 t.j. z dnia 2017.11.29 z późn. zm.);\*

**TAK**                      **NIE**

6. Jestem osobą z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2016.2046 t.j. z dnia 2016.12.16 z późn. zm.)\*

**TAK**                      **NIE**

7. Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.2017.882 t.j. z dnia 2017.05.05 z późn. zm.), tj. osobą chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo lub osobą wykazującą inne zakłócenia czynności

psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, i wymagam świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym;\*

**TAK**                      **NIE**

8. Jestem członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, w której co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;\*

**TAK**                      **NIE**

9. Jestem osobą osoby zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2017.1065 t.j. z dnia 2017.05.31 z późn. zm.);\*

**TAK**                      **NIE**

10. Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.\*

**TAK**                      **NIE**

11. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;\*

**TAK**                      **NIE**

12. Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (2014-2020);\*

**TAK**                      **NIE**

\* Prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi.

W przypadku powzięcia przez Fundację „Unia Bracka” wątpliwości co do treści złożonego przez Uczestnika Projektu oświadczenia, będzie on zobowiązany do przedłożenia Fundacji „Unia Bracka” stosownego zaświadczenia / dokumentu potwierdzającego okoliczności zawarte w złożonym oświadczeniu.

Oświadczam, iż powyższe informacje **odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych informacji. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Fundację „Unia Bracka” w przypadku, gdy podane informacje ulegną zmianie.

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Czytelny podpis Uczestnika Projektu**

**Projekt:** Bracki Dom dla Seniorów w Katowicach

**Miejsce realizacji projektu:** Przychodnia Bracka Staszic I ul. Mysłowicka 13 I 40-486 Katowice I tel. 882 148 145 / 32 255 28 56 I [www.uniabracka.pl](http://www.uniabracka.pl)

**Biuro projektu:** Fundacja „Unia Bracka” I ul. Kokota 172 I 41-711 Ruda Śląska