**Załącznik nr 5**

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

w Projekcie ,,Wsparcie w lepszym starcie”

# OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA SOCJALNEGO

**„Wsparcie w lepszym starcie”**

Pan/Pani …………………………………………………………………, zamieszkała/y …………………………………………………………………………….., spełnia warunki uczestnictwa w projekcie wskazane poniżej (właściwe podkreślić):

*1. Jest osobą z niepełnosprawnością w wieku od 18 do 60 lat;*

*2. Jest osobą przebywające w pieczy zastępczej w wieku od 15 do18 lat;*

*3. Jest osobą objęte indywidualnym programem usamodzielnienia w wieku od 18 do 25 lat;*

*4. Zamieszkuje na terenie Powiatu Zwoleńskiego;*

*5. Posiada status osoby nieaktywnej zawodowo, bezrobotnej lub biernej zawodowo;*

*6. Posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne;*

*7. Korzysta ze wsparcia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu.*

*8.Korzysta ze wsparcia Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej wPolicznie.*

Powyższe warunki zostały zweryfikowane na podstawie następujących dokumentów:

Ad. 1……………………………………………………………………………………

Ad. 2 ……………………………………………………………………………………

Ad. 3……………………………………………………………………………………

Ad. 4……………………………………………………………………………………

Ad. 5……………………………………………………………………………………

Ad. 6……………………………………………………………………………………

Ad. 7……………………………………………………………………………………

Dodatkowo:

1. Jest osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek: TAK/NIE\*
2. Jest osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi: TAK/NIE\*
3. Jest osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku
z rewitalizacją obszarów zdegradowanych: TAK/NIE\*
4. Korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa a zakres wsparcia nie powiela działań, które Pan/Pani……………… otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ
w ramach działań towarzyszących: TAK/NIE\*,

Powyższe warunki dodatkowe zostały zweryfikowane na podstawie następujących dokumentów:

Ad. 1……………………………………………………………………………………

Ad. 2 ……………………………………………………………………………………

Ad. 3 ……………………………………………………………………………………

Ad. 4 ……………………………………………………………………………………

Pan/Pani ………………… została zakwalifikowana do podgrupy (właściwe podkreślić):

1. Osoby z niepełnosprawnością w wieku od 18 do 60 lat

3. Osoby objęte indywidualnym programem usamodzielnienia w wieku od 18 do 25 lat

Dokumenty wymienione powyżej z wyłączeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego, znajdują się w teczce Uczestnika projektu.

 ………………….……………..…………….

 (podpis Pracownika socjalnego)