

## Oświadczenie potwierdzające spełnienie kryteriów projektowych Kandydata/ki do sąsiedzkich usług opiekuńczych

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko oraz PESEL) \_\_\_\_\_ niniejszym oświadczam, że jestem uprawniony/a do uzyskania Sąsiedzkich Usług Opiekuńczych, gdyż w chwili składania niniejszego formularza spełniam następujące kryteria/warunki (należy zaznaczyć dane pole):

- ukończyłem/am 65 rok życia – (w celu weryfikacji kryterium wieku Kandydat/ka (lub jego/jej przedstawiciel) zobligowany/zobligowana będzie do przedłożenia (do wglądu) pracownikowi socjalnemu dokumentu tożsamości - z tego działania pracownik sporządzi protokół okazania, który stanowić będzie załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej - czynności tej należy dokonać w Gminnym Ośrodku Pomocy społecznej w Świlczy (w uzasadnionych przypadkach pracownik socjalny dokona weryfikacji w miejscu wskazanym przez Kandydata/ki)
- Jestem osobą:
  - samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości i/lub
  - samotnie gospodarujący/ą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości i/lub
  - w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości
- zamieszkuje (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie gminy Świlcza (województwo podkarpackie)
- jestem osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, m.in.: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych (niniejsze wskazanie nie jest katalogiem zamkniętym i Kandydat/ka może wymagać opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania innej czynności) - **w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie lekarskie - (dokument ten można odnaleźć na Stronie Internetowej i/lub otrzymać w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świlczy)**

**W celu weryfikacji uzyskania punktów (w trakcie oceny merytorycznej), oświadczam że jestem** (należy zaznaczyć dane pole):

- osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - w celu weryfikacji tego kryterium, należy złożyć niniejsze oświadczenie, którego weryfikacji Organizator dokona zgodnie z procedurą wskazaną w §6 - punkt 1 - podpunkt „a” Regulaminu),
- osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia - w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej,
- osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - w celu weryfikacji tego kryterium, należy załączyć kserokopię orzeczenia o posiadanym stopniu niepełnosprawności (dokument musi być podbity za zgodność z oryginałem),
- osobą z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi - w celu weryfikacji tego kryterium, należy załączyć kserokopię orzeczenia o posiadanym stopniu niepełnosprawności (dokument musi być podbity za zgodność z oryginałem) i/lub zaświadczenie lekarskie,
- osobą korzystającą z PO PŻ (a zakres wsparcia nie będzie powielał działań, które otrzymałem/am lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ) - w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej.

**Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis Kandydata/ki - w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)