



.....  
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....  
(Miejscowość, data)

### **Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych**

Zaświadcza się, że Pan/i ..... zamieszkały/a .....  
.....PESEL.....  
**korzysta/nie korzysta** ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych.

Pan/i korzystał/a z następujących usług opiekuńczych/specjalistycznych<sup>1</sup>:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

w okresie od ..... do .....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej)

---

<sup>1</sup> Uzupełnić w przypadku osób korzystających z usług opiekuńczych/specjalistycznych.



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O ZAMIESZKANIU

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że w dniu złożenia Formularza Rekrutacyjnego do projektu „Kompleksowe wsparcie opiekuńcze w Gminie Zagórz i Gminie Zarszyn” (realizowanego przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży Caritas w okresie 01.01.2020 r. – 31.12.2022 roku w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych) mieszkam w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w Województwie Podkarpackim, powiecie sanockim na terenie Gminy Zagórz lub Gminy Zarszyn.

.....  
(Podpis)



*(Pieczęć Ośrodka Zdrowia)*

*(Miejscowość, data)*

**Zaświadczenie lekarskie**  
**(na potrzeby skorzystania z usług opiekuńczych)**

Zaświadcza się, że Pan/i ..... zamieszkały/a .....  
..... PESEL.....  
jest osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Pan/i ..... **wymaga/nie wymaga<sup>2</sup>** pomocy innych osób.

.....  
*(podpis i pieczęć lekarza)*

---

<sup>2</sup> Niewłaściwe skreślić



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZANIU WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia z uwagi na przynależność do grup osób wskazanych w rozdziale 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 tj.:

osoby lub rodziny korzystające 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;

osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654, z późn.zm.);

osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, z późn.zm.);

osoby 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;

osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

osoby odbywające kary pozbawienia wolności;

osoby korzystające z PO PŻ.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O WIELKOŚCI GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## Oświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania z pomocy z PO PŻ

Oświadczam, że **korzystam/ nie korzystam**<sup>3</sup> z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Skorzystałem/łam z następujących działań towarzyszących<sup>4</sup>:

- warsztaty kulinarne dla różnych grup pokoleniowych z udziałem ekspertów kulinarnych, kucharzy, dietetyków, pokazujące różne możliwości przygotowania i wykorzystania artykułów spożywczych;
- warsztaty dietetyczne i dotyczące zdrowego żywienia;
- programy edukacyjne propagujące zasady zdrowego odżywiania i przeciwdziałanie marnowaniu żywności;
- warsztaty edukacji ekonomicznej (nauka tworzenia, realizacji i kontroli budżetu domowego, ekonomicznego, prowadzenia gospodarstwa domowego, z uwzględnieniem wszystkich finansowych i rzeczowych dochodów rodziny, w tym darów żywnościowych);
- inne, tj.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)

<sup>3</sup> Właściwie podkreślić

<sup>4</sup> Uzupełnić w przypadku osób korzystających z PO PŻ wybierając spośród podanych, w przypadku osób, które skorzystały z innych działań należy wpisać z jakich