OŚWIADCZENIA KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU NA DZIEŃ PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Tytuł projektu	**REINTEGRACJA DROGĄ DO LEPSZEGO ŻYCIA**
Numer projektu	WND-RPSL.09.01.05-24-003B/20
Priorytet w ramach, którego realizowany jest projekt	IX. Włączenie społeczne
Działanie w ramach, którego realizowany jest projekt	Działanie 9.1. Aktywna integracja
Poddziałanie w ramach, którego realizowany jest projekt	Poddziałanie 9.1.5. Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – konkurs

Proszę o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PODSTAWOWE												
1.	Imię (imiona)											
2.	Nazwisko											
3.	Data urodzenia											
4.	Wiek											
5.	Miejsce urodzenia											
6.	PESEL											

DANE KONTAKTOWE		
1.	Województwo	
2.	Powiat/gmina	
3.	Miejscowość	
4.	Ulica	
5.	Nr budynku	
6.	Nr lokalu	
7.	Kod pocztowy	

DANE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO			
1.	**osoba bezrobotna:**		
a.		**zarejestrowana w ewidencji urzędów** *(osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy aktywnie poszukująca zatrudnienia)*	☐ TAK ☐ NIE
b.		**niezarejestrowana w ewidencji urzędów** *(osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy aktywnie poszukująca zatrudnienia)*	☐ TAK ☐ NIE
c.		**długotrwale bezrobotna** *(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)*	☐ TAK ☐ NIE
2.	**Osoba bierna zawodowo** *(osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna – osoba pozostająca bez pracy i nieposzukująca pracy)*	☐ TAK ☐ NIE	
3.	**Osoba ucząca się**	☐ TAK ☐ NIE	
4.	**Osoba uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu**	☐ TAK ☐ NIE	
a	**Osoba o niskich kwalifikacjach** *(osoba posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie)*	☐ TAK ☐ NIE	
5.	**Osoba pracująca**	☐ TAK ☐ NIE	
a.		Osoba pracująca w administracji rządowej	☐ TAK ☐ NIE
b.		Osoba pracująca w administracji samorządowej	☐ TAK ☐ NIE
c.		Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	☐ TAK ☐ NIE
d.		Osoba pracująca w MMŚP	☐ TAK ☐ NIE
e.		Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	☐ TAK ☐ NIE
f.		Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	☐ TAK ☐ NIE

DANE DOTYCZĄCE STATUSU SPOŁECZNEGO		
1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam udzielenia informacji
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam udzielenia informacji
3.	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam udzielenia informacji
4.	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wyżej wymienione	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam udzielenia informacji

Spełnienie wymagań grupy docelowej projektu – oświadczam, że:		
1.	Zamieszkuję / przebywam w obszarze realizacji projektu tj. Mysłowice / Sosnowiec / Będzin / Dąbrowa Górnicza / Zabrze / Katowice / Bytom / Chorzów / Czeladź / Wojkowice / Jaworzno / obszarach wymagających rewitalizacji wskazanych w Planie Zagospodarowania Przestrzennego Województwa Śląskiego 2020+.	☐ TAK ☐ NIE
2.	Jestem osobą bezdomną, poddającą się terapii / absolwentem terapii uzależnień / osobą utrzymującą abstynencję / zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym m. in. z powodu uzależnienia od środków psychoaktywnych (np. alkohol, narkotyki) czy uzależnień behawioralnych.	☐ TAK ☐ NIE
3.	Jestem osobą niepracującą, niezatrudnioną, niewykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną, chętną i gotową do podjęcia zatrudnienia w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy (bezrobotną / bierną zawodowo).	☐ TAK ☐ NIE
4.	Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osobą z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi	☐ TAK ☐ NIE
5.	Jestem osobą/ należę do rodziny lub środowiska zagrożonego ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	☐ TAK ☐ NIE
6.	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek określonych w definicji osób, rodzin lub środowisk zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	☐ TAK ☐ NIE

Spełniam kryteria kwalifikowalności uczestnictwa w projekcie zgodne z grupą docelową naboru RPSL.09.01.05-IZ.01-24-347/19 wskazane w zatwierdzonej wersji wniosku o dofinansowanie oraz opasane w Regulaminie uczestnictwa w projekcie.
Przystępując do niniejszego projektu oświadczam, że nie otrzymuję analogicznego wsparcia, które przewidziane jest w ramach projektu *„Reintegracja drogą do lepszego życia" z innych projektów/programów.*

1. Wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. Urzędy Kontroli Skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.
2. Zapoznałem/-am się z zasadami uczestnictwa w Projekcie zawartymi w *Regulaminie uczestnictwa w projekcie* „Reintegracja drogą do lepszego życia" i akceptuje jego treść.
3. Dane osobowe i pozostałe informacje podane przeze mnie w niniejszych oświadczeniach oraz dokumentach uczestnictwa odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Reintegracja drogą do lepszego życia" jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020.
5. W ramach potwierdzenia statusu na rynku pracy do niniejszego oświadczenia dołączam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wskazujące na brak podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dn. 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020r. poz. 266 ze zm.) lub zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy.

_____ _____

(data, miejscowość) *(podpis Uczestnika projektu)*

WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanymi dokumentami tożsamości Uczestnika/-czki projektu.	
_____ ***(data i podpis Kierownika projektu)***	