

OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA ZOSTANIE ZATRUDNIONA

NA NOWO UTWORZONYM STANOWISKU PRACY,

potwierdzające spełnienie przesłanek, o których mowa w § 3 Regulaminu wsparcia finansowego.

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO	

Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą **oświadczam, że spełniam przesłanki, o których mowa w § 3 Regulaminu wsparcia finansowego, tj. jestem:**

1	osobą bezrobotną, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r o promocji zatrudnienia i instrumentach rynku pracy, zakwalifikowanych do III.profilu pomocy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj: - bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, - uzależnioną od alkoholu, - uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, - chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, - długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, - zwalnianą z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, - uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, - osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, która podlega wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie jest w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajduje się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE
3	osobą o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jednocześnie oświadczam, że:			
4	wykonuję pracę na podstawie umowy o pracę, spółdzielczej umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5	prowadzę działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

6	wykonuję pracę na podstawie umowy o pracę, spółdzielczej umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, lub prowadzą działalność gospodarczą lecz stanowią wyjątek, o którym mowa w § 3 pkt 2 Regulaminu wsparcia finansowego, tj: a) jestem osobą ubogą pracującą b) jestem osobą z niepełnosprawnością zatrudnioną w ZAZ c) jestem osoba, o której mowa w § 3 pkt 3 lit. b. Regulaminu wsparcia finansowego, tj: osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną i/lub osobą z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE
7	jestem osobą, która uczestniczyła w programie na rzecz integracji ukierunkowanych na aktywizację oraz reintegrację społeczno-zawodową, lub programie reintegracji i rehabilitacji społeczno-zawodowej, w projekcie w ramach Działania 11.1 oraz Działania 11.2 RPO WL 2014- 2020, której ścieżka reintegracji wymaga dalszego wsparcia w ramach Działania 11.3 RPO WL, w tym w: a) osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, b) osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi c) osobą z niepełnosprawnością intelektualną d) osobą z zaburzeniem psychicznym, e) osobą opuszczającą podmiot reintegracyjny (Centrum Integracji Społecznej, Klub Integracji Społecznej, Warsztat Terapii Zajęciowej, Zakład Aktywizacji Zawodowej) f) wychowankiem opuszczającym instytucję i/lub rodzinną formę pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 7 zaznaczono TAK, proszę podać dane instytucji realizującej program. Nazwa: Adres: Telefon:			

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

Świdnik, dnia.....
data

.....
czytelny podpis