

OŚWIADCZENIE OSOBY,

która zostanie zatrudniona na nowo utworzonym stanowisku pracy

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	

Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że spełniam przesłanki, o których mowa w § 3 ust 1 Regulaminu świadczenia usług wsparcia finansowego w zakresie przyznawania dotacji oraz wsparcia pomostowego w ramach projektu: „Bialski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej 2.0”, tj.:

1	Jestem osobą pełnoletnią, zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym:		
	a) jestem osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	b) jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj:		
	<input type="checkbox"/> bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> uzależnioną od alkoholu,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. osobą bezrobotną pozostającą w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> zwalnianą z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> 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"/> NIE
	c) osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą 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;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	d) osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	e) osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	f) osobą z niepełnosprawnością;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	g) członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, w którym co najmniej jedna osoba nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	h) osobą niesamodzielną;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	j) osobą odbywającą kary pozbawienia wolności;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	k) osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2	osobą bezrobotną, tj. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3	osobą długotrwale bezrobotną - młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy), - dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

4	osobą ubogą pracującą, tj. osobą wykonującą pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie i która jest uprawniona do korzystania z pomocy społecznej na podstawie przesłanki ubóstwo, tj., której dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5	osobą opuszczającą młodzieżowy ośrodek wychowawczy lub młodzieżowy ośrodek socjoterapii	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6	osobą opuszczającą zakład poprawczy lub schronisko dla nieletnich	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7	korzystałem/am ze wsparcia oferowanego w projektach w ramach Działania 11.1 RPO WL (PI 9i), i moja ścieżka reintegracji wymaga dalszego wsparcia w ramach PI 9v (11.3 RPO WL). <i>Jeżeli w pkt 7 zaznaczono TAK, proszę podać dane instytucji realizującej wsparcie.</i> Nazwa: Adres: Telefon:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jednocześnie oświadczam, że:			
8	Wykonuję pracę na podstawie umowy o pracę, spółdzielczej umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
9	Prowadzę działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
10	Jestem osobą znajdującą się w szczególnie niekorzystnej sytuacji, tj: a) pozostaje bez stałego zatrudnienia w okresie co najmniej 6 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu, b) do dnia poprzedzającego przystąpienie do projektu nie ukończyła 24. roku życia, c) do dnia poprzedzającego przystąpienie do projektu ukończyła 50. rok życia, d) jest osobą dorosłą samotnie wychowującą co najmniej jedno dziecko lub posiadającą na utrzymaniu osobę zależną w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 21 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645), e) nie posiada wykształcenia średniego lub zasadniczego zawodowego, zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Edukacji (ISCED) na poziomie ISCED 3 włącznie lub w okresie do dwóch lat od momentu zakończenia edukacji nie podjęła pierwszego stałego zatrudnienia, f) jest członkiem mniejszości narodowej lub etnicznej w rozumieniu ustawy z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 573) oraz w celu zwiększenia szans na uzyskanie zatrudnienia musi poprawić znajomość języka, podnieść kwalifikacje lub kompetencje zawodowe lub zdobyć doświadczenie zawodowe;	<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
11	Jestem osobą znajdującą się w bardzo niekorzystnej sytuacji, tj: a) pozostaje bez stałego zatrudnienia za wynagrodzeniem w okresie co najmniej 24 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu, b) pozostaje bez stałego zatrudnienia za wynagrodzeniem w okresie co najmniej 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu oraz spełnia co najmniej jeden z warunków wskazanych w lit. b–f wymienionych w definicji pracownika znajdującego się w szczególnie niekorzystnej sytuacji;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE
12	Jestem osobą niepełnosprawną, tj: osobą która posiada długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, utrudniającą jej, w połączeniu z innymi barierami, pełne i skuteczne uczestnictwo w środowisku pracy na równych zasadach z pozostałymi pracownikami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikające z art. 297 § 1 Kodeksu karnego za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
data

.....
czytelny podpis