

**ZAŚWIADCZENIE OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ**

Imię i nazwisko kandydata/-tki do projektu:	
Miejsce zamieszkania:	

Ośrodek Pomocy Społecznej zaświadcza, że ww. osoba:

KORZYSTA ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ

JEST OSOBĄ KWALIFIKUJĄCĄ SIĘ DO OBJĘCIA WSPARCIEM POMOCY SPOŁECZNEJ

(tj. spełnia co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)

Powody wykluczenia społecznego kandydata/tki do projektu (przesłanki określone w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)			
Ubóstwo	<input type="checkbox"/>	Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/>
Sieroctwo	<input type="checkbox"/>	Długotrwała lub ciężka choroba	<input type="checkbox"/>
Bezdomność	<input type="checkbox"/>	Przemoc w rodzinie	<input type="checkbox"/>
Bezrobocie	<input type="checkbox"/>	Potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi	<input type="checkbox"/>
Alkoholizm lub narkomania	<input type="checkbox"/>	Zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa	<input type="checkbox"/>
Kłęska żywiołowa lub ekologiczna	<input type="checkbox"/>	Trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	<input type="checkbox"/>
Potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności			<input type="checkbox"/>
Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych			<input type="checkbox"/>
Trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach			<input type="checkbox"/>
Potwierdzenie przynależności do grup osób preferowanych do wsparcia			
Wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących do wsparcia w projekcie, o których mowa w podrozdziale 4.2 pkt 1, Wytocznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków EFS+ w regionalnych programach na lata 2021–2027 lub spełnianie więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej			<input type="checkbox"/>
Niepełnosprawność sprzężona	<input type="checkbox"/>	Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>	Całościowe zaburzenia rozwojowe	<input type="checkbox"/>
Osoba wykluczona komunikacyjnie	<input type="checkbox"/>	Niepełnosprawność intelektualna	<input type="checkbox"/>
Korzystanie z programu FE PŻ	<input type="checkbox"/>	Osoba opuszczająca placówkę opieki instytucjonalnej	<input type="checkbox"/>
Osoba, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy			<input type="checkbox"/>

Zaświadczenie wydaje się na prośbę osoby zainteresowanej celem przedłożenia w Fundacji Dialog w związku z ubieganiem się o przyjęcie do udziału w projekcie „CIS w Piątnicy – Twoją szansą na sukces” współfinansowanym ze środków EFS Plus.

	Podpis osoby uprawnionej do wydania zaświadczenia	Pieczęć OPS

Projekt: „CIS w Piątnicy - Twoją szansą na sukces”

w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027 współfinansowany
z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus