*Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji*

**OŚWIADCZENIE**

**Uczestnika Projektu dotyczące spełniania merytorycznych kryteriów rekrutacyjnych**

Ja, niżej podpisany(a):……………………………………………………………………………………

zamieszkały(a) w ……………………………………………………………………………………...….

PESEL:………………………………….. , oświadczam co następuje,:

Będąc świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia przewidzianej w art.233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 ze zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy\*, a także świadomy(a) celu składania niniejszego dokumentu, oświadczam, że :

1. **Prowadzę gospodarstwo domowe** *(właściwe podkreślić)*:
2. jednoosobowe
3. wieloosobowe

**2**) **Mój dochód miesięczny** wraz ze wszystkimi dodatkami **nie przekracza kwoty** *(właściwe podkreślić)*:

a) **1.051,50 zł w gospodarstwie jednoosobowym** (co odpowiada 150 % kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą, tj. 701 zł) ;

b) **792 zł na osobę w gospodarstwie wieloosobowym** (co odpowiada 150 % kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, tj. 528 zł na osobę) ;

**3) Oświadczam, że nie biorę udziału w innych projektach** realizowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020.   
W przypadku udziału w innym projekcie, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować realizatora projektu o zaistniałej sytuacji.

**4)** **Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** **lub równoważnych do wymienionych** - kryterium weryfikowane na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego *(właściwe podkreślić)*:

a) TAK

b) NIE

**5) Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi,** w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi - kryterium weryfikowane na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności orzeczenie lub orzeczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego *(właściwe podkreślić)*:

a) TAK

b) NIE

**6) Jestem osobą niesamodzielną -** kryterium weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika projektu *(właściwe podkreślić)*:

a) TAK

b) NIE

**7) Korzystam indywidualnie / jako rodzina z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (POPŻ)** – kryterium weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika projektu *(właściwe podkreślić)*:

a) TAK

b) NIE

**8) Jestem osobą doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego** – kryterium weryfikowane : dokumentacja własna MGOPS *(właściwe podkreślić):*

a) TAK

b) NIE

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zagórzu o **każdej** zmianie mojej sytuacji, która wiąże się z podstawą do ustalania odpłatności za pobyt w Klubie.

……………………………………………… ………..………………………………………

*Data i podpis osoby przyjmującej Data i podpis osoby składającej oświadczenie*

*oświadczenie*

*\* Kodeks karny Art. 233 § 1 – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postepowaniu sądowym lub innym postepowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

*§ 2 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.*