**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**REALIZOWANEGO W RAMACH**

**Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne**

**„Usługi społeczne w Gminie Wyryki”**

**w okresie realizacji trwałości projektu**

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub data urodzenia[[1]](#footnote-2)** |  |
| **Płeć** |  □ Kobieta □ Mężczyzna |
| **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** (DD-MM-RRRR) - *wypełnia realizator projektu* |  |

***Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.***

……………………………………………………………..…………………

 *(data i czytelny podpis osoby reprezentującej* ***beneficjenta*** *projektu)*

**Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie[[2]](#footnote-3)**:

|  |  |
| --- | --- |
| □ | **Posiadam status osoby wykluczonej i zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** |
| □ | **Jestem osobą z niepełnosprawnością**- w tym z zaburzeniami psychicznymi |
| □ | **Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** |

***Oświadczam, że 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.***

……………………………………………..…………………………………

 *(data i czytelny podpis* ***uczestnika*** *projektu)*

1. Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL. [↑](#footnote-ref-2)
2. Możliwy jest wybór maksymalnie dwóch opcji jednocześnie. [↑](#footnote-ref-3)