

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**Oświadczenie o spełnieniu warunków kwalifikowalności**

**Zakres danych koniecznych do wprowadzenia w centralnym systemie teleinformatycznym (SL 2021)**

**Dane projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu | Tworzenie lokalnych systemów wsparcia dla seniorów |
| Nr projektu | FSW.09.04-IZ.00-0003/24 |
| Priorytet 9 | Usługi społeczne i zdrowotne |
| Działanie 9.4 | *Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych* |

**Dane uczestnika projektu, który otrzymał wsparcie w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego**

**Formularz prosimy wypełnić drukowanymi literami, a pola wyboru zaznaczyć ”X”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** | **PESEL** |
|  |  |  |
| **Płeć** | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** | **Wykształcenie** |
| * Kobieta * Mężczyzna |  | * Niższe niż podstawowe * Podstawowe * Gimnazjalne * Ponadgimnazjalne * Policealne * Wyższe |

**DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Powiat** | **Gmina** |
|  |  |  |
| **Miejscowość** | **Ulica** | |
|  |  | |
| **Nr budynku** | **Nr lokalu** | **Kod pocztowy** |
|  |  |  |
| **Telefon kontaktowy** | **Adres e-mail** | |
|  |  | |

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** |  |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** |  |
| **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** |  |
| **w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu** |  |
| **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** |  |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej** |  |

……………………………………………………..

(data i podpis Uczestnika projektu)