



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2a do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**OŚWIADCZENIE
DLA CZŁONKA RODZINY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**
o spełnieniu kryteriów grupy docelowej

Ja, niżej podpisany/a,nr PESEL:
świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy
oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie „Aktywna Warszawa – program
wsparcia społeczno – zawodowego rodzin z osobami z dysfunkcją wzroku”, to jest:

a. jestem mieszkańcem Warszawy,

b. jestem członkiem rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym
(zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej),
której członkiem jest też osoba z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu
znacznym lub umiarkowanym (z powodu dysfunkcji wzroku) lub posiadająca
orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym z innego
powodu niż dysfunkcja wzroku i posiada zaświadczenie okulistyczne o schorzeniu
wzroku,

c. jestem

(proszę zaznaczyć znakiem „X” właściwą odpowiedź):

nieaktywna/y zawodowo (bierna/y zawodowo) lub bezrobotna/y w wieku 16-65 lat,

aktywna/y zawodowo (pracująca/pracujący), lecz zagrożona/y utratą pracy w wieku
35-52 lata

d. przystępuję do Projektu wspólnie z osobą z niepełnosprawnością, z którą tworzę
rodzinę.

Warszawa, dnia.....

.....
podpis Kandydata/Kandydatki
W przypadku składania oświadczenia przez
osobę niepełnoletnią powinno ono być
podpisane również przez rodzica/opiekuna
prawnego.



MIASTO
STOŁECZNE
WARSZAWA



 SZANSA CHANCE
Fundacja Szansa dla Niewidomych
Chance for the Blind Foundation

