



Załącznik nr 3
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
"Tworzenie Lokalnych Systemów Wsparcia dla Seniorów"

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
<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> 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)