**Załącznik nr 1**

**Oświadczenie w sprawie spełnienia kryteriów uczestnictwa w projekcie**

„Uwierz w siebie - kompleksowe usługi społeczne wsparcia rodziny na obszarze powiatu kościerskiego” ” – Umowa nr RPPM.06.02.02-22-0054/17 dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014- 2020

Przed wypełnieniem prosimy o zapoznanie się z treścią całego oświadczenia. Oświadczenie należy wypełnić jedynie w przypadku spełniania minimum jednego kryterium uczestnictwa dziecka i rodziny w projekcie.

Dane osoby przystępującej do projektu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego |  | | |
| Miejsce zamieszkania (prosimy o podanie nazwy gminy): |  | | |
| Imiona i nazwiska dzieci zgłaszanych do projektu |  |  |  |
| Wiek dzieci |  |  |  |

**Oświadczam, że występuje w rodzinie co najmniej jedna z poniżej opisanych sytuacji lub będące pod naszą opieką dzieci są w co najmniej jednej z poniższych sytuacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Opis sytuacji:** | **Prosimy o wpisanie słowa TAK jeśli spełniona jest jedna z wymienionych w wierszu przesłanek.** |
| Trudności opiekuńczo-wychowawcze i w prowadzeniu gospodarstwa domowego np. samotny rodzic, problemy z zapewnieniem opieki w czasie pozaszkolnym, trudności w nauce, niskie oceny złe zachowanie, niemożność zapewnienia zajęć kompensacyjnych, konflikty z rówieśnikami, brak możliwości zapewnienia prawidłowego rozwoju dziecka po przez udział w zajęciach pozalekcyjnych w kontekście rozwoju kompetencji kluczowych, problemy w komunikacji w rodzinie lub z rówieśnikami, niska samocena, brak asertywności, niska motywacja, zagrożenie uzależnieniem i uzależnienie od TV/gier komputerowych/telefonu/Internetu/portali społecznościowych, zadłużenie, częste lub nadmierne korzystanie z usług pożyczkowych i około pożyczkowych, |  |
| Wielodzietność (co najmniej 3 dzieci w rodzinie) |  |
| Jestem osobą samotnie wychowująca dziecko/dzieci **\*)** |  |
| Ubóstwo przeciętny miesięczny dochód rodziny nie przekracza 514,00 zł netto na osobę w rodzinie. |  |
| Rodzina korzysta z Pomocy Żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Żywność **\*)** |  |
| Dziecko przebywa w pieczy zastępczej lub opuszcza pieczę zastępczą, jesteśmy rodziną zastępczą |  |

1

|  |  |
| --- | --- |
| Niepełnosprawność członka rodziny tj. posiadajnie orzeczenia  1) o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3 lub  2) o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub  3) o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia,  Trwała lub okresowa niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy; |  |
| W rodzinie występuje długotrwała lub przewlekła lub ciężka choroba. |  |
| Bezrobocie |  |
| Dotknięcie wykluczeniem z dostępu do mieszkań/złe warunki mieszkaniowe np. niepewny najem z nakazem eksmisji, konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – nie nadające się do zamieszkania, przeludnione lub bezdomność |  |
| W rodzinie występuje przemoc domowa |  |
| W rodzinie jest osoba niesamodzielna tj. osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego; |  |
| W rodzinie są osoby uzależnienie od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających |  |
| Wystąpiło zdarzenie losowe i sytuacji kryzysowe, w tym klęski żywiołowe lub ekologicznej |  |
| Członek rodziny dotknięty jest zaburzeniami psychicznymi |  |
| Sieroctwo |  |
| Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii |  |
| Dziecko ma konflikt z prawem - zakłócanie porządku publicznego, niszczenie mienia publicznego, przywłaszczenie i niszczenie cudzej własności |  |
| Członek rodziny przeżywa trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego |  |
| Jesteśmy cudzoziemcami, posiadającymi pozwolenie na pobyt czasowy |  |
| Potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi |  |

**Oświadczam, że uczestnikiem projektu będzie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzina (minimum jeden rodzic i wymienione powyżej dzieci) **\*)** |  |
| Dziecko bez rodziców |  |

**\*) Kryterium premiujące, to znaczy, że rodziny i dzieci spełniające przesłanki oznaczone gwiazdką mają pierwszeństwo udziału w projekcie.**

 Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia – z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który brzmi następująco: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę, lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

 Zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/Podpis/Data