

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
<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**

<b>Województwo</b>	<b>Powiat</b>	<b>Gmina</b>
<b>Miejscowość</b>	<b>Ulica</b>	
<b>Nr budynku</b>	<b>Nr lokalu</b>	<b>Kod pocztowy</b>
<b>Telefon kontaktowy</b>	<b>Adres e-mail</b>	

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

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

.....  
(data i podpis Uczestnika projektu)