

ZAŚWIADCZENIE

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzozowie zaświadcza, że
Pan/i
zamieszkał/a.....
numer PESEL.....

* doświadcza wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt. 15 wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 tj.:

1) osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004. o pomocy społecznej

2) osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym

3) osoba z niepełnosprawnością - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018r. poz. 1878 z późn. zm.) tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia

4) członkowie gospodarstw domowych-sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością

5) osoba potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

6) osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań- w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020

7) osoba odbywająca karę pozbawienia wolności

8) osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościową 2014-2020

* znajduje się w niekorzystnej sytuacji finansowej, a dochód nie przekracza 150 % właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o których mowa w ustawie z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej

* dochód przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o których mowa w ustawie z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej i wynosi.....zł

* osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościową 2014-2020.

.....

(data, pieczętka i podpis osoby upoważnionej
do wydania zaświadczenia)

***właściwe zaznaczyć X**