Załączniku Nr 13 do Regulaminu

**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 przedsiewzięć 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. spełniające 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 19974. 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 odpowiedniem orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia

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

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 operacyjnch na lata 2014-2020

7) osoba odbywająca karę pozbawienia wolności

8) osoba korzysta 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 korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościową 2014-2020.

…………………………………………..

(data, pieczątka i podpis osoby upoważnionej

do wydania zaświadczenia)

**\*właściwe zaznaczyć X**