Załącznik nr 1.1 do Regulaminu świadczenia usług Podkarpackiego Ośrodka Wsparcia Ekonomii Społecznej .

**Oświadczenie o przynależności do grupy docelowej**

Projekt „Podkarpacki Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

realizowany jest przez Podkarpacką Agencję Konsultingowo Doradczą Sp. z o.o. (Lider) w partnerstwie

z Fundacją im. Hetmana Jana Tarnowskiego oraz Tarnobrzeską Agencją Rozwoju Regionalnego S.A. (Partnerzy),

na podstawie Umowy nr RPPK.08.05.00-18-0005/16-00 z dnia 18.04.2017 r.   
zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie,

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020,  
Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna,   
Działanie 8.5 Wspieranie rozwoju sektora ekonomii społecznej w regionie.

**Przed rozpoczęciem wypełniania niniejszego Formularza należy zapoznać się z REGULAMINEM ŚWIADCZENIA USŁUG PODKARPACKIEGO OŚRODKA WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ** | | |
| 1. | **Osoba bezrobotna**  **zarejestrowana w ewidencji**  **urzędów pracy** – należy dołączyć zaświadczenie z właściwego urzędu pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej.  (Osoba zarejestrowana w PUP musi spełniać co najmniej jedną z przesłanek wymienionych w kolumnie po prawej). | **Przesłanki wykluczenia społecznego i zagrożenia ubóstwem:**  a) Osoba lub rodzina korzystająca z pomocy społecznej zgodnie z U. z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej  b) Osoba bezdomna lub osoba dotknięta wykluczeniem  z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020  c) Osoba zwalniana z zakładu karnego mająca problemy  w integracji ze środowiskiem  d) Uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej art. 93 ust. 1 U. o pomocy społecznej  e) Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje  f) Osoba przebywająca lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych  g) Osoba z niepełnosprawnością - w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020  h) Osoba dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy( Dz.U. z 2016 r. poz.645 z późn. zm)  i) Osoba niesamodzielna  j)Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa  k) chory psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego  l) uzależniony od alkoholu/ narkotyków zgodnie z U. o zatrudnieniu socjalnym art. 1 ust. 2 pkt. 2 i pkt. 3.  m) osoba długotrwale bezrobotna  n) osoba nieletnia (po 18 r.ż. i przed 21 r.ż.), wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2015 r. poz.2156, z późn.zm.) |
| 2. | **Osoba bezrobotna**  **niezarejestrowana ewidencji**  **urzędów pracy** – należy dołączyć załącznik 1b.  (Osoba nie zarejestrowana w PUP musi spełniać co najmniej jedną z przesłanek wymienionych w kolumnie po prawej). |
| 3. | **Osoba do 30 roku życia lub po**  **ukończeniu 50 roku życia,**  **posiadająca status osoby**  **poszukującej pracy, bez**  **zatrudnienia –** należy dołączyć załącznik 1c oraz zaświadczenie z właściwego urzędu pracy potwierdzające status osoby poszukującej pracy.  (Osoba wskazana powyżej musi spełniać co najmniej jedną z przesłanek wymienionych w kolumnie po prawej). |
| 4. | **Osoba uboga pracująca -** należy dołączyć załącznik 1d. |
| 5. | **Osoba z niepełnosprawnościami**  **zatrudniona w ZAZ –** należy dołączyć zaświadczenie o zatrudnieniu. |

………………………………………………… ……………………………………………………………………………………

*(Miejscowość i data)* *(Czytelny podpis Uczestnika/czki)*