



**Załącznik 8 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w ramach Projektu
„Przepis na Rozwój – kwalifikacje dla podregionu żyrardowskiego”
nr FEMA.07.04-IP.02-02XN/24**

.....
Dane Uczestniczki/Uczestnika

.....
Miejscowość i Data

**OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA
(DOTYCZĄCE KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH)**

w Projekcie „Przepis na Rozwój – kwalifikacje dla podregionu
żyrardowskiego”
nr FEMA.07.04-IP.02-02XN/24

Ja,.....(proszę podać imię i nazwisko
Uczestniczki/Uczestnika) w ramach Umowy Wsparcia nr
(proszę podać nr Umowy Wsparcia) zawartej w ramach projektu „Przepis na
Rozwój – kwalifikacje dla podregionu żyrardowskiego”
nr FEMA.07.04-IP.02-02XN/24

oświadczam, że spełniam zaznaczone we wniosku punkty premiujące:

☐ ukończyłam/em 50 lat - proszę podać numer PESEL

.....

☐ jestem kobietą

.....

☐ posiadam status Osoby z Niepełnosprawnością – proszę podać nr
orzeczenia

.....

☐ jestem osobą bezrobotną

.....

☐ jestem osobą o dochodach poniżej minimum socjalnego

.....

☐ jestem osobą w kryzysie bezdomności

.....



- ☐ posiadam niskie kwalifikacje – ISCED 3 włącznie (ponadgimnazjalne)
.....
- ☐ jestem osobą zatrudnioną lub planuję zatrudnienie w szeroko rozumianych usługach opieki długoterminowej¹ o charakterze społecznym, w tym opiekunowie nieformalni
.....
- ☐ w ramach Umowy Wsparcia będę realizowała/-ł usługi prowadzące do uzyskania kwalifikacji posiadających kod ZSK – proszę podać numer ID usługi
.....
- ☐ w ramach Umowy Wsparcia będę realizowała/-ł usługi w obszarach istotnych dla Podregionu, dostosowanych do zmian w przemyśle i produkcji, w tym zielonej gospodarki i cyfrowych kompetencji – proszę podać numer ID usługi
.....

Jestem świadoma/y, że zgodnie z zapisami Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie oraz zapisami Umowy Wsparcia, w przypadku, jeżeli którekolwiek z zaznaczonych powyżej kryteriów nie zostanie spełnione w trakcie trwania Umowy Wsparcia, Umowa zostanie rozwiązana, wszelkie poniesione koszty uznane będą za niekwalifikowalne, a wypłacone dofinansowanie będzie podlegało zwrotowi na konto Operatora.

.....
data i podpis Uczestniczki/Uczestnika

¹ Opieka długoterminowa jest skierowana do obłożnie i przewlekle chorych. Może nią być objęty pacjent, który nie wymaga leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje systematycznej i intensywnej opieki w warunkach domowych.