

**Załącznik nr 12 do Regulaminu**.....
(miejscowość i data).....
(Nazwa, adres siedziby, NIP podmiotu)**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że[imię i nazwisko
pracownika] jest osobą dotkniętą/zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz
należy do minimum 1 grupy docelowej (należy załączyć właściwe dokumenty
potwierdzające spełnienie kryterium) i tym samym posiada status:**

bezrobotnego, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
bezrobotnego długotrwale, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
poszukującego pracy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 22 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, bez zatrudnienia: w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia lub niewykonującego innej pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
osoby niepełnosprawnej w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
absolwenta centrum integracji społecznej oraz absolwenta klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
osoby spełniającej kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
osoby uprawnionej do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
osoby usamodzielnianej, o której mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
osoby z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
osoby pozbawionej wolności, osobę opuszczającą zakład karny oraz pełnoletnią osobę opuszczającą zakład poprawczy;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
osoby starszej, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
osobę, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
(czytelny podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentacji podmiotu zgodnie z KRS)