



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail

II. KRYTERIA FORMALNE OBLIGATORYJNE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że osoba zgłaszana przeze mnie do pobytu w mieszkaniu treningowym:

1. Przybyła do Polski od 24.02.2022 r. w związku z trwającym konfliktem zbrojnym z Federacją Rosyjską
 TAK NIE
2. Aktualnie zamieszkuje na terenie miasta Kielce
 TAK NIE
3. Posiada nadany nr PESEL/ ubiega się o nadanie nr PESEL
 TAK NIE
4. Korzysta z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych ze środków EFS w momencie składania Wniosku
 TAK NIE
5. Posiada:
 - zezwolenie na pobyt stały
 TAK NIE
 - posiadają zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego w Unii Europejskiej
 TAK NIE
 - posiadają zezwolenie na pobyt czasowy
 TAK NIE
 - posiadają status uchodźcy
 TAK NIE
 - posiadają ochronę uzupełniającą
 TAK NIE
 - posiadają zgodę na pobyt tolerowany
 TAK NIE
 - posiadają zgodę na pobyt ze względów humanitarnych
 TAK NIE
 - mają uznane za obywatela polskie
 TAK NIE
 - mają nadane im obywatelstwo polskie
 TAK NIE

III. KRYTERIA PUNKTOWANE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że osoba zgłaszana przeze mnie do pobytu w mieszkaniu treningowym:

1. Posiada orzeczenie o stopniu niepełnoprawności wydane w Polsce przez właściwy organ
 TAK NIE
Jeśli posiada orzeczenie, jaki stopień niepełnosprawności
 znaczny



- umiarkowany
 lekki
2. Posiada zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające przewlekłą chorobę, jeśli nie ma orzeczenia
 TAK NIE
3. Aktualnie przebywa w miejscach zbiorowego czasowego zakwaterowania
 TAK NIE
4. Aktualnie ma zatrudnienie
 TAK NIE
6. Był/była uczestnikiem projektu „Świętokrzyskie dla Ukrainy”
- 7.

IV. ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
 TAK NIE
2. Zaświadczenie lekarskie o przewlekłej chorobie
 TAK NIE

.....
Miejscowość, data Czytelny podpis Wnioskodawcy

V. POTWIERDZENIE DOŁĄCZENIA DO WNIOSKU ZAŁĄCZNIKÓW

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
 TAK NIE
2. Zaświadczenie lekarskie o przewlekłej chorobie, jeśli brak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
 TAK NIE

.....
*Pieczętka/ podpis pracownika
Działu ds. Organizacji Pobytu Dziennego
i Całodobowego Osób Starszych i Niepełnosprawnych*

.....
Miejscowość, data

